Atención Hospitalaria, Cirugía, Anestesia y Reanimación

IX LECCIONES EN SALUD HOSPITALARIA

ciencia sanitaria

SOCIFOSA
sociedad científica española de formación sanitaria

IX Lecciones en Salud Hospitalaria

ciencia
sanitaria

SOCIFOSA
sociedad científica
española de
formación sanitaria

IX Lecciones en Salud Hospitalaria

Fecha de publicación: 3 de abril de 2020

1ª Edición

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

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

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

ISBN: 978-84-18126-20-8
Al ser un libro electrónico digital, no requiere depósito legal.

Producción editorial e impresión: MAJFM S.L

Índice

1 **GASTRITIS COLÁGENA**
ADRIANA DEL ROCÍO RÍOS ORTIZ 3

2 **CONCEPTO DE DISFAGIA E IMPLICACIÓN EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CÁNCER ORAL**
LAURA RÚA GONZÁLVEZ Y MIGUEL ÁNGEL DE JORGE TURRIÓN 7

3 **MONITORIZACIÓN Y MANEJO DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL POR VÍA INTRAVESICAL EN UCI PEDIÁTRICA**
BELÉN ARBIZU FERNÁNDEZ, ELENA HORTAL SAINZ DE UGARTE Y RAQUEL AZCONA EGUINOA 15

4 **BENZODIACEPINAS EN ANSIEDAD**
ALBA MIRANDA GARCIA 19

5 **DOLOR EN PEDIATRÍA**
ALBA MIRANDA GARCIA 27

6 **CHECK-LIST PREOPERATORIO**
ALBA MIRANDA GARCIA 39

7 **INFLUENCIA DEL ESMALTE DE UÑAS EN LOS VALORES DE SATURACIÓN DE OXÍGENO EN PACIENTES SOMETIDOS A PULSIOXIMETRÍA**
OLGA LOPEZ LONGEDO Y MARIA ELIAZAR GARCIA MARTINEZ 43

8 **DOLOR EN EL PACIENTE POST-QUIRÚRGICO EN LA UNIDAD DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y HOSPITALIZACIÓN**
OLGA LOPEZ LONGEDO Y MARIA ELIAZAR GARCIA MARTINEZ 47

9 **PROCESO Y ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON POSIBLE DIAGNÓSTICO DE MIASTENIA GRAVIS**
SONIA MARTÍNEZ MARTÍNEZ, BEATRIZ IBAÑEZ ANDRÉS, MARÍA BELÉN ORTUÑO MARTÍNEZ, PABLO VIDAL NAVARRO Y ALEJANDRA QUESADA NAVARRO **51**

10 **PLAN DE CUIDADOS EN HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA**
MARTA MORÁN MERCHANTE Y GALADRIEL RUIZ VILLALTA **57**

11 **APLICACIONES DE LA DEXMEDETOMIDINA EN LAS UNIDADES DE REANIMACIÓN**
MARIA ELIAZAR GARCIA MARTINEZ Y OLGA LOPEZ LONGEDO **61**

12 **ERRORES DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN**
MARIA ELIAZAR GARCIA MARTINEZ Y OLGA LOPEZ LONGEDO **65**

13 **USO DE CITOSTÁTICOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA**
MARIA ELIAZAR GARCIA MARTINEZ Y OLGA LOPEZ LONGEDO **69**

14 **PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON FRACTURA DIAFISARIA DE FÉMUR**
MARTA MORÁN MERCHANTE Y GALADRIEL RUIZ VILLALTA **73**

15 **ECOCARDIOGRAFÍA DE ESFUERZO EN EL SEXO FEMENINO.**
LARA HUERTA ROCES **77**

16 **USO Y CUIDADOS DE LA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA**
VERÓNICA ÁLVAREZ DÍAZ **83**

17 **PRECAUCIONES EN LA PREPARACIÓN DE CITOSTÁTICOS**
VERÓNICA ÁLVAREZ DÍAZ **87**

18 **ATENCION AL PACIENTE OSTOMIZADO**
ANA BELEN MONTESERIN SUAREZ Y ROCIO MENDEZ BLANCO **95**

19 **EL PACIENTE QUIRÚRGICO Y LA VÍA RICA**
RAQUEL HERNÁNDEZ SIERRA **97**

20 EL PUERPERIO EN LA ENFERMERÍA HOSPITALARIA
RAQUEL HERNÁNDEZ SIERRA 103

21 ATENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON DIABETES INSÍPIDA CENTRAL
ANA MARÍA LICERÁN PERALBO, MARÍA BELTRÁN RODRÍGUEZ Y MIRIAM MOYA ESPINOSA 107

22 ARTRITIS SÉPTICA DE RODILLA POR ESTAFILOCOCO
PATRICIA SÁNCHEZ GARCIA 117

23 ¿CÓMO DIAGNOSTICAR LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE TIROIDES?
VERÓNICA ÁLVAREZ DÍAZ 123

24 PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS
PATRICIA VICENTE ARÉVALO 127

25 CASO CLÍNICO: PACIENTE CON DISNEA GRAVE
DAVID RIERA TOMÁS Y ANA AGRELO FERNÁNDEZ 131

26 PACIENTE POLITRAUMATIZADO CON SHOCK HEMORRÁGICO
VIRTUDES OTERO SÁNCHEZ Y JOSÉ JORGE SANCHEZ FERNANDEZ 139

27 COMPARACIÓN ESCALA DEL DOLOR LLANTO VS ESCALA FLACC EN PACIENTES ENTRE 1 MES Y 3 AÑOS DE VIDA EN EL HOSPITAL ÁLVARO CUNQUEIRO
MARÍA FERNÁNDEZ AMBÁS 143

28 PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE LA EXTRAVASACIÓN DE CITOSTÁTICOS
LAURA VEGA NAREDO Y TAMARA DEL RÍO RODRÍGUEZ 151

29 NECESIDADES DE LOS FAMILIARES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE CABUEÑES
TAMARA DEL RÍO RODRÍGUEZ Y LARA HUERTA ROCES 157

30 TIPOS DE ARTROPLASTIA DE CADERA Y PAPEL DE ENFERMERÍA
VERONICA MIRANDA SANTAFÉ, IRANZU MARTÍNEZ PEREZ Y MARÍA GARBAYO BERRADRE 169

31 SONDAJE VESICAL FEMENINO: HIGIENE PREVIA DE LOS GENITALES
NURIA ROSSELL GARCIA 177

32 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANTENIMIENTO DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO
NURIA ROSSELL GARCIA 181

33 SÍNDROME DE ASHERMAN
CRISTINA CAMPO GEIJO Y KATIA MARTINEZ LOPEZ 183

34 ACTUACIÓN DEL TCAE ANTES Y DESPUÉS DE UNA OPERACIÓN.
ALEJANDRO ALONSO FERNANDEZ 185

35 CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA EN LA COLOCACIÓN DE UNA SONDA NASOGÁSTRICA
MONTSERRAT GARCÍA MARTINEZ 191

36 EL ANCIANO HOSPITALIZADO
MARIA ALONSO ARIAS 193

37 LA IMPORTANCIA DEL TCAE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
MARIA ASUNCION CASO GUTIERREZ 195

38 LA IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES
MARIA ASUNCION CASO GUTIERREZ 201

39 VIRUS DE LA GRIPE Y PRINCIPALES PANDEMIAS DEL SIGLO XX Y XXI
ARANZAZU PIDAL CANDÁS Y MARÍA DEL CARMEN GARCÍA FONTÁN 205

40 ACTUACION SOBRE UNA BRONCOASPIRACIÓN
MARTA PALACIO FERNÁNDEZ 209

41 **ESTUDIO Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN POR LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
MARIA ISABEL GAYO RODRIGUEZ Y CARMEN BELEN GEJO BENEITEZ 211

42 **EL ADECUADO ASEO Y CUIDADO EN PACIENTES ENCAMADOS**
SILVIA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ Y MARIA DOLORES ALVAREZ SANTOS 219

43 **MEDIDAS PREVENTIVAS EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**
SILVIA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ Y MARIA DOLORES ALVAREZ SANTOS 223

44 **LOS CUIDADOS EN LA HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO**
ANA BÉLEN GONZALEZ DIAZ Y SONIA GONZALEZ DIAZ 227

45 **PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTE ENCAMADO**
MARIA JOSEFA GARCIA GUTIÉRREZ 231

46 **APNEA DEL SUEÑO**
MARIA JOSE MENENDEZ SEOANE 235

47 **PSORIASIS**
MARIA JOSE MENENDEZ SEOANE 237

48 **USO DE LA ANESTESIA LOCAL EN LA CIRUGÍA**
ALBA RODRIGUEZ COYA Y SANDRA ÁLVAREZ BARBON 241

49 **LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
AIQUE ALONSO RODRÍGUEZ Y MARIA JOSE LODOS GANDARA 245

50 **FACTORES QUE PROPICIAN LA APARICIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)**
MARIA DEL ACEBO RODRÌGUEZ FERNÀNDEZ, COVADONGA URÍA BERMÚDEZ Y PILAR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 249

51 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: EL ESPIRÓMETRO DE INCENTIVO
AIDA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ 253

52 DETECCIÓN DE UN ICTUS Y SUS SÍNTOMAS
MONTSERRAT GARCÍA MARTINEZ 257

53 COLOCACIÓN Y FACTORES DE RIESGO EN UN SONDAJE VESICAL
MONTSERRAT GARCÍA MARTINEZ 259

54 LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE TOCOLOGÍA
COVADONGA URÍA BERMÚDEZ, PILAR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Y MARIA DEL ACEBO RODRÌGUEZ FERNÀNDEZ 261

55 LA ALIMENTACIÓN EN LAS DISTINTAS ETAPAS DE LA VIDA
VERÓNICA BARRIENTOS MÁRQUEZ 265

56 CÓMO PREVENIR UNA ÚLCERA POR PRESIÓN
MONTSERRAT GARCÍA MARTINEZ 269

57 IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO
MONTSERRAT GARCÍA MARTINEZ 271

58 HUMANIZACIÓN EN EL TRATO CON EL PACIENTE (PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO). LA HOSPITALIZACIÓN
ARACELI COSMEN ÁLVAREZ, MARIA LUISA ALONSO RODRIGUEZ, MARIA DEL CARMEN ALONSO COMBARRO Y HILDA CUERVO MENENDEZ 273

59 LOS CUIDADOS PALIATIVOS.INTERVENCIÓN DEL TCAE
TAMARA LÓPEZ ROMERO, VERÓNICA CRISTÓBAL LUCAS, MARIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, ELENA PARRADO Y ÁNGELA GUINALDO BORGES 277

60 **PAUTAS Y MANEJO DE LOS DRENAJES DIVERSOS EN HOSPITALIZACIÓN**
TAMARA LÓPEZ ROMERO, VERÓNICA CRISTÓBAL LUCAS, MARIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, ELENA PARRADO Y ÁNGELA GUINALDO BORGES **281**

61 **LOS PARCHES DE FENTANILO EN EL ABORDAJE DEL DOLOR. PRÁXIS**
VERÓNICA CRISTÓBAL LUCAS, TAMARA LÓPEZ ROMERO, MARIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, ÁNGELA GUINALDO BORGES Y ELENA PARRADO **287**

62 **CONDICIONES MÉDICAS PREVALENTES Y TRASTORNOS MENTALES EN LA TERCERA EDAD**
MARIA JOSEFA GARCIA GUTIÉRREZ **295**

63 **ENFERMEDAD DE CROHN**
RAQUEL DE LA MAZA RIOPEDRE **301**

64 **PREVENCIÓN ANTE EL CORONAVIRUS (COVID-19) EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
VERONICA PULIDO LOBERA, ANA MARGARITA HERNANDEZ SANCHEZ, SUSANA DIAZ DIAZ Y Mª PILAR RUIZ CRESPO **307**

65 **ARTRITIS REUMATOIDE**
MARÍA AMOR MARTÍNEZ FERNÁNDEZ, JUAN EUSEBIO CANO HERRERA, MARÍA ALIA FERNÁNDEZLÓPEZ Y JOSE MANUEL SERNANDEZ FUENTE **311**

66 **PREVENCIÓN DE RIESGOS BIOLÓGICOS PARA PERSONAL SANITARIO**
NATALIA VÁZQUEZ RODRÍGUEZ **313**

67 **PROTECCIÓN RADIOLÓGICA HOSPITALARIA**
CRISTINA RODRÍGUEZ MANZANO, MARÍA JOSÉ FAMOS FERNÁNDEZ, MARIA ROSARIO RIVERA GONZALEZ Y DOLORES LAGUNA DÍAZ **317**

68 DESINTOMETRÍA
DOLORES LAGUNA DÍAZ, MARIA ROSARIO RIVERA GONZALEZ, MARÍA JOSÉ FAMOS FERNÁNDEZ Y CRISTINA RODRÍGUEZ MANZANO 321

69 RADIOLOGÍA DENTAL
DOLORES LAGUNA DÍAZ, MARIA ROSARIO RIVERA GONZALEZ, MARÍA JOSÉ FAMOS FERNÁNDEZ Y CRISTINA RODRÍGUEZ MANZANO 325

70 LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA REALIZACION DE UNA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA
SONIA IGLESIAS BARDIO, MARIA MIRYAM GARCIA COLADO, MARÍA DEL ROCÍO GONZÁLEZ SARO Y YOLANDA GUTIERREZ PUERTA 329

71 LA IMPORTANCIA DE LOS LIMITES DE DOSIS EN LAS DISTINTAS SALAS DE RADIOLOGÍA PARA EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO
SONIA IGLESIAS BARDIO, MARIA MIRYAM GARCIA COLADO, MARÍA DEL ROCÍO GONZÁLEZ SARO Y YOLANDA GUTIERREZ PUERTA 333

72 IMPORTANCIA DE LA IMAGEN DIAGNÓSTICA EN EL PECTUS EXCAVATUM Y SU CORRECCIÓN QUIRÚRGICA GUIADA POR ESCOPIA
MARÍA DEL ROCÍO GONZÁLEZ SARO, YOLANDA GUTIERREZ PUERTA, SONIA IGLESIAS BARDIO Y MARIA MIRYAM GARCIA COLADO 337

73 LA IMPORTANCIA DE LA ECO-DOPPER DE PENE EN LA EVALUACIÓN DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL DE ORIGEN VASCULAR
MARÍA DEL ROCÍO GONZÁLEZ SARO, YOLANDA GUTIERREZ PUERTA, SONIA IGLESIAS BARDIO Y MARIA MIRYAM GARCIA COLADO 341

74 **ACTUACIÓN ANTE LA REALIZACIÓN DE UN TAC PULMONAR A UNA MUJER**
LAURA DIAZ MAYO Y RAQUEL GONZALEZ GARCIA 345

75 **RADIACIONES IONIZANTES Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA**
MARCOS MACHO FERNÁNDEZ 349

76 **DAÑOS BIOLÓGICOS POR RADIACIONES IONIZANTES Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA**
MARCOS MACHO FERNÁNDEZ 357

77 **EL CELADOR Y LAS DIFERENTES POSICIONES ANATÓMICAS**
MARIA ISABEL FERNANDEZ JIMENEZ 365

78 **EL CELADOR EN EL SERVICIO DE MORTUORIO**
BENIGNO GARCIA GONZALEZ, SERGIO MENDEZ VILLANUEVA Y JUAN JOSE CIMADEVILLA GARCIA 369

79 **ERGONOMÍA EN LA SANIDAD POR UN TRABAJO SANO**
BENIGNO GARCIA GONZALEZ, JUAN JOSE CIMADEVILLA GARCIA Y SERGIO MENDEZ VILLANUEVA 373

80 **ACTUACIÓN DEL CELADOR EN SALUD MENTAL**
JUAN JOSE CIMADEVILLA GARCIA, BENIGNO GARCIA GONZALEZ Y SERGIO MENDEZ VILLANUEVA 379

81 **SEPARANDO LOS RESIDUOS DEL HOSPITAL**
JUAN JOSE CIMADEVILLA GARCIA, SERGIO MENDEZ VILLANUEVA Y BENIGNO GARCIA GONZALEZ 383

82 **CELADOR EN ALMACÉN Y SUMINISTROS**
SERGIO MENDEZ VILLANUEVA, BENIGNO GARCIA GONZALEZ Y JUAN JOSE CIMADEVILLA GARCIA 387

83 **ACTUACIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA.**
JUAN BAUTISTA OLEAGA CONLLEDO, ALBA GARCIA GARCIA Y YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE 393

84 ACTUACIONES DEL CELADOR EN LAS UNIDADES DE PSIQUIATRÍA
JUAN BAUTISTA OLEAGA CONLLEDO, ALBA GARCIA GARCIA Y YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE 397

85 ACTUACIONES DEL CELADOR EN QUIRÓFANO
JUAN BAUTISTA OLEAGA CONLLEDO, ALBA GARCIA GARCIA Y YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE 401

86 EL DESEMPEÑO DEL TRABAJO DE UN CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
MARCOS SANCHEZ CASERO 405

87 EFECTOS NOCIVOS QUE PADECE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO POR EL USO DE PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS
MARÍA JESÚS GARCÍA POVEDANO 409

88 EL CELADOR Y ACTUACIÓN RESPECTO AL ENFERMO MENTAL. FUNCIONES EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA.
MARGARITA FERNANDEZ PULGAR 413

89 DIGITALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN SANITARIA EN LOS HOSPITALES
MARÍA CRISTINA DÍAZ VILAS 419

90 EL PERSONAL Y LOS DISTINTOS AISLAMIENTOS EN EL HOSPITAL
SERGIO MENDEZ VILLANUEVA, JUAN JOSE CIMADEVILLA GARCIA Y BENIGNO GARCIA GONZALEZ 427

91 EL CELADOR ANTE LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES Y LAS DIFERENTES POSICIONES ANATÓMICAS
JERONIMO GARCIA VELASCO 433

92 IMPORTANCIA DEL CELADOR EN EL CUIDADO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
JERONIMO GARCIA VELASCO 441

93 LA DIETA MEDITERRÁNEA: PREPARACIÓN DE ALIMENTOS
ELIZABETH TABORDA CARMONA 449

94 EL CELADOR EN QUIRÓFANO: FUNCIONES
JOSÉ JAVIER CANO GONZÁLEZ Y NÉLIDA LÓPEZ DÍAZ 453

95 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA FARMACIA DE UN HOSPITAL
JOSÉ JAVIER CANO GONZÁLEZ Y NÉLIDA LÓPEZ DÍAZ 457

96 ATENCIÓN AL USUARIO
KATIA VEGA GARCÍA 461

97 EL PERSONAL NO SANITARIO ANTE LOS RIESGOS BIOLÓGICOS
NÉLIDA LÓPEZ DÍAZ Y JOSÉ JAVIER CANO GONZÁLEZ 467

98 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN CASO DE ACCIDENTE
NÉLIDA LÓPEZ DÍAZ Y JOSÉ JAVIER CANO GONZÁLEZ 471

99 ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO
MARIA DEL MAR OBESO PUERTAS 475

100 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA FARMACIA
MARÍA MAGDALENA TORRE BLANCO, MARÍA SOLEDAD FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, PAULA MARÍA MENÉNDEZ GONZÁLEZ, DULCE MARÍA DIOS MÉRIDA Y CLARITA BERNARDO FERNÁNDEZ 479

101 EL CELADOR Y LA COLOCACION DEL PACIENTE
LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ, CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA Y MELODIA ESCALANTE TEMPRANO 483

102 EL CELADOR Y LAS TÉCNICAS PARA LA MOVILIZACION DEL PACIENTE
LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ, CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA Y MELODIA ESCALANTE TEMPRANO 487

103 SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA COCINA HOSPITALARIA
JOSÉ MARÍA DE LOS DOLORES PRIETO 493

104 CORRECTA GESTIÓN DE CALIDAD EN EL ÁREA DE ALIMENTACIÓN DE UN HOSPITAL
JOSÉ MARÍA DE LOS DOLORES PRIETO **499**

105 EL TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO COMO PROFESIONAL CLAVE EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
ANA MARIA CANELO DIAZ, ERUNDINA PRIETO ALVAREZ, SILVIA GARCIA MIGUELEZ Y LUCIA VILLA GUTIERREZ **503**

106 EL CELADOR EN EL ALMACÉN DE FARMACIA
SUSANA ALVAREZ BLANCO, BEATRIZ FERNANDEZ RUIZ Y JOSÉ JOAQUÍN ROMERO SUÁREZ **509**

107 EL CELADOR SANITARIO Y SU SEGURIDAD CONFORME A PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
SUSANA ALVAREZ BLANCO, BEATRIZ FERNANDEZ RUIZ Y JOSÉ JOAQUÍN ROMERO SUÁREZ **515**

108 EL CELADOR Y EL AISLAMIENTO HOSPITALARIO
JOSÉ JOAQUÍN ROMERO SUÁREZ, SUSANA ALVAREZ BLANCO Y BEATRIZ FERNANDEZ RUIZ **519**

109 EL CELADOR Y LA ATENCIÓN AL USUARIO DE LA INSTITUCIÓN SANITARIA A TRAVÉS DEL TELÉFONO
BEATRIZ FERNANDEZ RUIZ, JOSÉ JOAQUÍN ROMERO SUÁREZ Y SUSANA ALVAREZ BLANCO **525**

110 EL CELADOR EN QUIRÓFANO
JOSÉ JOAQUÍN ROMERO SUÁREZ, SUSANA ALVAREZ BLANCO Y BEATRIZ FERNANDEZ RUIZ **531**

111 LA RELACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA
BEATRIZ FERNANDEZ RUIZ, JOSÉ JOAQUÍN ROMERO SUÁREZ Y SUSANA ALVAREZ BLANCO **539**

112 EL CELADOR EN EL TRASLADO DE DOCUMENTOS
MARÍA LUISA RUBIO GARRE **545**

113 **PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**
COVADONGA SAN ROMÁN FERNÁNDEZ Y AMOR ROCES MARTÍNEZ 549

114 **PERSONAL DE LAVANDERÍA: CÓMO MEJORAR LA PERCEPCIÓN DEL ENTORNO HOSPITALARIO DESDE EL SERVICIO DE LAVANDERÍA**
SERGIO MARTÍNEZ CUESTA, JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA Y ANA BELÉN CUESTA RODRÍGUEZ 559

115 **RIESGOS BIOLÓGICOS**
MARÍA DEL CARMEN RIOPEDRE PÉREZ Y LAURA SAIZ GONZALEZ 563

116 **GUÍA PARA CELADORES SOBRE MOVILIDAD Y POSICIONES TERAPÉUTICAS DEL PACIENTE**
OLGA FERNÁNDEZ GARCÍA, LUIS DANIEL LÓPEZ CANO, FREDESVINDA ISABEL GONZÁLEZ IGLESIAS, ANTONIA PRIEGO TRAPERO Y DELFINA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ 569

117 **EL CELADOR EN EL TRASLADO DE PACIENTES EN CAMA, CAMILLA O SILLA DE RUEDAS**
PAULA MARÍA MENÉNDEZ GONZÁLEZ, DULCE MARÍA DIOS MÉRIDA, CLARITA BERNARDO FERNÁNDEZ, MARÍA MAGDALENA TORRE BLANCO Y MARÍA SOLEDAD FERNÁNDEZ MARTÍNEZ 575

118 **ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO AGITADO**
MARIA DEL CARMEN ALONSO COMBARRO, MARIA LUISA ALONSO RODRIGUEZ, ARACELI COSMEN ÁLVAREZ Y HILDA CUERVO MENENDEZ 579

119 **AYUDANTE DE SERVICIOS Y PINCHES DE COCINA: RIESGOS POSTURALES EN LA COCINA**
JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA 585

120 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA INFORMATIZACIÓN, UNIFICACIÓN Y GESTIÓN DEL HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE
SUSANA TERRONES VEGA, SUSANA PÉREZ CASTAÑO, MARILIA DE FÁTIMA MORAIS DE MELO, MARIA CARMEN PLATAS FERNANDEZ Y ANA MARIA CANELO DIAZ 589

121 TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN Y TRANSFERENCIAS REALIZADAS POR LOS CELADORES
RAMÓN CASTAÑO LLERANDI 593

122 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ATENCIÓN HOSPITALARIA
MARÍA DOLORES PASCUAL ALVAREZ 597

123 EL CELADOR, IMPRESCINDIBLE EN LA MOVILIZACIÓN
ROSA BUENO BARRERO 601

124 EL CELADOR EN EL ÁREA QUIRÚRGICA
ROSA BUENO BARRERO 605

125 CAUSAS PREANALÍTICAS NO ENDÓGENAS DE HEMÓLISIS EN MUESTRAS SANGUÍNEAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
NOEMÍ GÓMEZ MARTÍNEZ 609

126 ANTICONCEPCIÓN Y CONTROL DE LA NATALIDAD
MACARENA RODRIGUEZ RICO 615

127 ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO Y NO SANITARIO
MAITE CARRIO GONZÁLEZ 619

128 EL CUIDADO DEL PÚBLICO EN EL SISTEMA SANITARIO
MAITE CARRIO GONZÁLEZ 621

129 CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO
FÁTIMA LÓPEZ JARA 623

Capítulo 1

GASTRITIS COLÁGENA

ADRIANA DEL ROCÍO RÍOS ORTIZ

1 Introducción

La Gastritis Colágena es un tipo de gastritis crónica rara e idiopática. Se trata de un depósito colágeno subepitelial de 20 a 75 micrómetros de grosor. En el adulto se manifiesta como dolor abdominal o hemorragia digestiva. La imagen endoscópica tiene un aspecto nodular y el diagnóstico se realiza por biopsia. Se desconoce si existe tratamiento efectivo.

2 Objetivos

Conocer acerca de esta entidad poco frecuente que se debe tener en cuenta como diagnóstico diferencial en paciente con dispepsia en los que se han descartado los diagnósticos habituales.

3 Caso clínico

Varón de 52 años que acude a la consulta de Digestivo por clínica de dispepsia, dolor abdominal y pérdida progresiva de peso, no refiere diarrea ni otra clínica asociada.

Se realiza gastroscopia en la que se aprecia una mucosa de aspecto nodular inespecífico de predominio en cuerpo y antro gástrico, retroflexión normal, se toman biopsias dispersas de las zonas más afectadas y se envían para estudio por Anatomía Patológica quienes informan la presencia de bandas engrosadas de colágeno a nivel subepitelial e infiltrado inflamatorio en la lámina propia.

Los estudios para H. Pylori fueron negativos y las biopsias duodenales fueron normales. Se completaron estudios con pruebas de imagen, colonoscopia, estudios para enfermedad celíaca, cuantificación de vitamina B12 y marcadores tumorales dentro de parámetros normales.

Se inició tratamiento con IBP a doble dosis durante un mes y posteriormente una dosis 20 minutos antes del desayuno.

En gastroscopia de control realizada a los 4 meses no se observan cambios morfológicos pero el paciente se encuentra clínicamente mejor por lo que se mantiene el tratamiento instaurado.

4 Discusión-Conclusión

Es un estudio multiinstitucional de 40 pacientes (26 mujeres y 14 hombres). La mediana de edad al inicio fue de 16 años (rango 3–89 años), incluidos 24 pacientes (60%) menores de 18 años. Doce pacientes (30%) tenían enfermedad celíaca asociada, brote de colágeno o colitis colágena. Los portaobjetos de hematoxilina y eosina se revisaron en biopsias de todos los pacientes y se aplicaron a un subconjunto tenascina, gastrina, eotaxina y tinciones inmunohistoquímicas de IgG4 / IgG. La distribución del colágeno subepitelial favoreció el cuerpo/fondo en pacientes pediátricos y el antro en adultos. Hubo aumento de linfocitos intraepiteliales de superficie (más de 25 linfocitos en 100 células epiteliales) en cinco pacientes. Tres de estos pacientes tenían una enfermedad, colitis celíaca y/o colágena asociada, mientras que los dos restantes tenían linfocitosis duodenal aumentada sin una etiología específica.

Se observó un patrón rico en eosinófilos (más de 30 eosinófilos por campo de alta potencia) en 21 de los 40 pacientes (52%). Las biopsias de siete pacientes demostraron atrofia de la mucosa del cuerpo gástrico. La inmunohistoquímica de tenascina destacó el colágeno subepitelial en las 21 muestras evaluadas y fue un método más sensible de detección de colágeno en biopsias de dos pacientes con colágeno subepitelial sutil. No se identificó un aumento de la expresión de eotaxina en 16 muestras evaluadas. Una de las veintitrés biopsias probadas había aumentado las células positivas para IgG4 (100 por campo de alta potencia) con una relación IgG4/IgG del 55%. En resumen, la gastritis colágena presenta tres patrones histológicos distintos que incluyen un patrón similar a la gastritis linfocítica, un patrón rico en eosinófilos y un patrón atrófico. La eotaxina y la IgG4 no fueron lo suficientemente elevadas como para implicar estas vías en la patogé-

nesis. La inmunohistoquímica de tenascina puede usarse como un método sensible de detección de colágeno.

Conclusión: el diagnóstico de Gastritis Colágena está bien definido histopatológicamente, siendo los criterios similares a los de la colitis colágena. La banda de colágeno es subepitelial y discontinua o difusa, conteniendo pequeños vasos capilares y células inflamatorias. No se acompaña frecuentemente de H. pylori ni de metaplasia intestinal. Sin embargo la presencia de hiperplasia de células endocrinas y de displasia epitelial reportada en casos crónicos de larga estadía sugiere la posibilidad de un mayor riesgo en estos paciente de desarrollar tumores neuroendocrinos y adenocarcinoma. Se desconoce una terapia eficaz para esta patología.

5 Bibliografía

1. Miguel A. Montoro Huguet,Juan Carlos García. Práctica clínica en Gastroenterología y Hepatología. 2016. 257-258.
2. García-Pardo AR, Pérez Díaz D, Machado Liendo PJ, Cortese S, Atahualpa Arenas F, Turégano Fuentes F. Acta Gastroenterol Latinoam. 2012 Mar;42(1):46-9. Spanish.
3. Hayashi S, Nishida T, Adachi S, Mima A, Inada M. Gastrointest Endosc. 2018 Jul;88(1):186-187. doi: 10.1016/j.gie.2018.02.013. Epub 2018 Feb 21. [PubMed: 29476843].
4. Jin X, Koike T, Chiba T, Kondo Y, Ara N, Uno K, Asano N, Iijima K, Imatani A, Watanabe M, Shirane A, Shimosegawa T. Dig Endosc. 2013 Sep;25(5):547-9. doi: 10.1111/j.1443-1661.2012.01391.x. Epub 2012 Oct 22. Review. [PubMed: 23363075].
5. Arnason T, Brown IS, Goldsmith JD, Anderson W, O'Brien BH, Wilson C, Winter H, Lauwers GY. Collagenous gastritis: a morphologic and immunohistochemical study of 40 patients. Mod Pathol. 2015 Apr;28(4):533-44. doi: 10.1038/modpathol.2014.119. Epub 2014 Sep 19. [PubMed: 25234289].
6. Dr. Agustín Chong López, Dr. Saad Al-Kaabi y Dra. C.R. Jyothi, Departamento de Patologia, Hamad Medical Corporation . Doha-Qatar. Departamento de Gastroenterologia, Hamad Medical Corporation. Doha-Qatar. Gastritis Colágena: Presentación de un caso.
7. VI congreso virtual hispanoamericano de Anatomía Patológica.
8. Colletti RB, Trainer TD. Collagenous gastritis. Gastroenterology 1989;97:1552-1555

9. Lagorce-Pages C, Fabiani B, Bouvier R, Scoazec JY, Durand L, Flejou JF. Collagenous gastritis: a report of six cases. Am J Surg Pathol. 2001 Sep;25(9):1174-9.
10. Stancu M, De Petris G, Palumbo TP, Lev R. Collagenous gastritis associated with lymphocytic gastritis and celiac disease. Arch Pathol lab Med 2001; 125:1579-1584.
11. Castellano VM, Munoz MT, Colina F, Nevado M, casis B, Solis-Herruzo JA,. Collagenous gastrobulbitis and collagenous colitis: case report and review of the literature. Scan J Gastroenterol 1999;632-638.
12. Cote JF, Hankard GF, Faure C. et al. Collagenous gastritis revealed by severe anemia in a child. Hum pathol 1998;29;883-886.

Capítulo 2

CONCEPTO DE DISFAGIA E IMPLICACIÓN EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CÁNCER ORAL

LAURA RÚA GONZÁLVEZ

MIGUEL ÁNGEL DE JORGE TURRIÓN

1 Introducción

La dificultad para la deglución se denomina disfagia, siendo causante de la aparición de numerosas complicaciones. El cáncer oral supone un destacado problema de salud pública dada su frecuencia y su habitual diagnóstico en estadios avanzados (solamente entre el 20-30% se diagnostica de manera temprana). Una de las secuelas más relevantes de los tratamientos realizados en esta patología es la dificultad deglutoria.

2 Objetivos

Revisar el concepto, clínica, diagnóstico, tipos y tratamiento de la disfagia, con un enfoque hacia pacientes tratados de cáncer oral.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccio-nando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La deglución permite el paso del bolo alimenticio de la cavidad oral al estómago. Su objetivo es la nutrición del individuo. Este fenómeno requiere una gran coordinación muscular y supone una función básica para el mantenimiento de la vida (1). Se describen cuatro fases deglutorias: oral preparatoria y oral de iniciación, faríngea y esofágica.

La dificultad para la deglución se denomina disfagia y proviene del griego dis (alteración) y fagia (comer). Se puede manifestar por la pérdida de alimento a través de los labios, regurgitación, babeo, tos, aumento de la duración de las ingestas, incapacidad para deglutir ciertas texturas o necesidad de cambios posturales que ayuden al paso del alimento. La clínica indirecta que puede provocar incluye la pérdida de peso, infecciones frecuentes, cambios en la voz y en la articulación del habla. Se ha de estudiar de manera temprana y minuciosa, tanto por las patologías que la pueden provocar como por sus consecuencias.

La mayoría de los pacientes son capaces de localizar a qué nivel presentan la disfagia, distinguiendo entre:
-Disfagia orofaríngea, bucofaríngea o de transferencia: incapacidad de propulsar correctamente el bolo desde la región hipofaríngea a través del esfínter esofágico superior (EES) hacia el cuerpo esofágico. Suele aparecer de inmediato o en el segundo posterior a la deglución. El paciente localiza la sintomatología a nivel de la hipofaringe y esófago cervical del esófago.
-Disfagia esofágica: dificultad de progresar el bolo de faringe a estómago. La mayoría de los pacientes con disfagia esofágica localizan los síntomas a nivel esofágico bajo, en la zona baja del esternón o a nivel epigástrico (2).
Según su evolución, la disfagia también puede ser clasificada como aguda o crónica y progresiva o no progresiva.

La disfagia se halla infradiagnosticada y, por lo tanto, sin recibir el tratamiento adecuado hasta que se manifiesta de manera más evidente a través de sus complicaciones, entre las que se encuentran:
-Malnutrición y deshidratación.

-Penetración laríngea, definida como la presencia de material sobre las cuerdas vocales.
-Aumento del riesgo de aspiración (entrada de material orofaríngeo o gastrointestinal, líquido o alimento, a la vía aérea inferior por debajo de las cuerdas vocales), cuya gravedad dependerá de la cantidad y tipo de sustancia aspirada y de la funcionalidad de los mecanismos de protección y limpieza pulmonar del individuo (3).
-En relación con el punto anterior, incremento del riesgo de neumonía aspirativa (los gérmenes más frecuentemente implicados son Haemophilus influenzae y Streptococcus Pneumoniae).
-Como secuela de todo lo anterior, se produce una prolongación del tiempo de estancia hospitalaria, aumento de la morbimortalidad, disminución de la calidad de vida y de la supervivencia del paciente y un encarecimiento de los costes terapéuticos.

En el estudio y diagnóstico de la disfagia pueden verse implicados especialistas de diversas áreas (Otorrinolaringología, Foniatría, Digestivo, Neurología o Radiología). Una vez realizada la anamnesis dirigida, nos centraremos en realizar alguna o varias de las siguientes pruebas diagnósticas en función de la sospecha clínica:
-Sreening, para diferenciar a aquellos individuos con síntomas de disfagia de los que no los presentan. Puede ser llevado a cabo a pie de cama por el personal de Enfermería o por otro profesional sanitario entrenado al respecto. Existen muchos tests, uno de los más usados el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V) (4).
-Evaluación clínica deglutoria, consistente en una historia clínica detallada y una exploración física completa (estado nutricional, estado cognitivo, estado neurológico, evaluación del timbre de voz y de la fuerza respiratoria, saturación de oxígeno, exploración orofaríngea, etc.).
-Pruebas instrumentales: existen muchas técnicas para el estudio de la disfagia, pero son la videofluoroscopia (examen radiológico continuo y dinámico que aporta imágenes frontales y laterales mientras que el paciente ingiere bolos de Bario o de contraste iodado de distinta consistencia, siendo grabado para permitir un visionado más detallado con posterioridad) y la fibroscopia nasofaríngea (introduciendo un fibroscopio flexible por vía nasal. Estudio estático y dinámico (5) las consideradas como gold standard.

El cáncer oral es el tipo más frecuente de cáncer de cabeza y cuello, frecuentemente diagnosticado en estadios avanzados y por ello con elevada mortalidad en

los primeros 5 años tras el hallazgo. El origen epitelial es el más habitual (90% de los casos) y se denomina carcinoma de células escamosas. El sistema de estadificación tumoral TNM (tumor-lymph node metastasis) se basa en determinar la extensión del mismo antes del tratamiento.

La cirugía en los tumores malignos de cabeza y cuello tiene como objetivo principal la exéresis de la lesión con márgenes quirúrgicos de seguridad que aseguren un buen pronóstico de la enfermedad, siendo el tratamiento de elección. Sin embargo, otra de sus razones fundamentales es la reconstrucción del defecto creado en la misma intervención para reducir las secuelas funcionales y estéticas que el paciente pueda padecer. Al tratarse en numerosas ocasiones de defectos de tamaño moderado, los colgajos libres microvascularizados (antebraquial, anterolateral de muslo, peroneo, etc.) se han convertido, desde su desarrollo a principios de los años 90, en la primera opción reconstructiva dados sus buenos resultados.

Si el paciente presenta afectación cervical, clínica y/o radiológica, se debe realizar disección cervical. Habitualmente se opta por el vaciamiento radical modificado-III, que incluye los niveles ganglionares del I al V y preserva la vena yugular interna, el nervio espinal y el músculo esternocleidomastoideo.

En cuanto al tratamiento adyuvante, se indica en pacientes con riesgo de recidiva locorregional (afectación o proximidad de bordes quirúrgicos, invasión perineural, invasión vascular o invasión linfática, pT3 o pT4, N2 o N3, enfermedad nodal en nivel IV o IV, extensión extracapsular ganglionar). La quimioterapia también se valora como terapia de inducción en el caso de tumores localmente avanzados y en pacientes con metástasis a distancia.

El cáncer oral, así como su tratamiento (cirugía +/- traqueostomía, radioterapia, quimioterapia), supone una serie de implicaciones negativas sobre la calidad de vida del paciente que lo padece como por ejemplo la alteración de la ingesta oral, desencadenando un empeoramiento en las relaciones sociofamiliares y un bajo estado anímico[6]. Por ello, es trascendental un enfoque multidisciplinar de la disfagia y el abordaje temprano de las distintas esferas de la vida que se prevé puedan modificarse durante el proceso de la enfermedad.

La mayor parte de autores coinciden en la importancia de reincorporar la alimentación de manera precoz tras las cirugías. Especialmente durante la primera etapa del postoperatorio de los pacientes intervenidos de carcinomas de cabeza y cuello (primeros 7-15 días) puede ser necesario llevar a cabo medidas de alimentación alternativas a la vía oral. La nutrición enteral es una medida de so-

porte nutricional en la cual los nutrientes se introducen de manera directa en el tubo digestivo que consiste en la colocación de una sonda vía oral o nasal (de elección esta última en el caso de pacientes con cirugías a nivel de la cavidad oral) hasta alcanzar con su extremo el estómago (sonda nasogástrica, la más habitual y empleada en este tipo de pacientes). En el caso de que el paciente no pueda realizar la ingesta oral de manera duradera (más de 4 semanas tras la intervención), precisando mantener la sonda nasogástrica de manera prolongada, se debe plantear la realización de una enterostomía temporal para acceder de manera directa al tubo digestivo. En ocasiones también se indica si el paciente va a recibir radioterapia y se prevé que presente dificultades deglutorias secundarias a la mucositis orofaríngea. Su manejo es más sencillo de cara a realizar nutrición enteral domiciliaria, además de que el beneficio nutricional que aporta es mayor que el de la sonda nasogástrica.

En los pacientes con clínica de disfagia se pueden realizar adaptaciones dietéticas para favorecer la alimentación por vía oral, especialmente en las fases iniciales de la etapa postquirúrgica, asegurando una adecuada nutrición e hidratación, así como una ingesta segura (7). Se pueden emplear suplementos nutricionales para reforzar la dieta. La ingesta es recomendable que sea realizada por el propio paciente, pero acompañado. Se deben realizar varias comidas al día de no más de 30 minutos cada una y de pequeño volumen. El ambiente ha de ser agradable y tranquilo. La posición más idónea es sentado con la espalda recta y apoyada y con los pies sobre el suelo.

Se debe señalar también la gran relevancia que tiene la terapia rehabilitadora en el manejo de la disfagia[8]. Se aconseja realizar ejercicios de fortalecimiento de la musculatura implicada en la deglución, 3-5 veces al día. Por otra parte, también juegan un papel fundamental las maniobras de ayuda a la deglución o técnicas posturales, eliminando el riesgo de aspiración en un porcentaje no desdeñable de pacientes (rotación e inclinación cefálica hacia el lado dañado, extensión cervical…) y los mecanismos facilitadores de la deglución (resistencia frontal, deglución supraglótica, maniobra de Mendelsohn, etc.). En pacientes intervenidos de cáncer oral es habitual la presencia de trismus (disminución de la apertura oral), siendo fundamental iniciar de manera precoz (tanto antes, como durante y como al terminar los distintos tratamientos oncológicos) ejercicios de terapia física (movimientos activos y pasivos) que ayuden a contrarrestarlo o minimizarlo (9).

La revisión periódica del paciente ha de ir encaminada no sólo a valorar la evolución tras el tratamiento sino también a detectar problemas en las esferas emo-

cional y social del individuo (depresión, ansiedad, dificultad para las relaciones sociales…). Se ha observado observa que este seguimiento ayuda a mejorar el estado anímico, reduce el dolor y las dificultades deglutorias e incrementa la apertura oral (10). Es también fundamental que el paciente y sus familiares cercanos reciban formación respecto a la deglución y su alteración.

De la revisión que hemos llevado a cabo, hemos destacado una serie de datos:
-Hasta un 40% de pacientes con aspiraciones no son diagnosticados mediante la evaluación clínica (11), radicando en ello la importancia de realizar pruebas más detalladas como la fibroscopia nasofaríngea.
-Los pacientes con carcinomas de cabeza y cuello pueden presentar inflamación de la mucosa orofaríngea (mucositis), especialmente relacionada con ciertas terapias como radioterapia y/o quimioterapia (12). La afectación más severa tiene lugar tras las 3-5 semanas del inicio de dichos tratamientos.
-Se estima que la prevalencia aproximada de la disfagia en intervenidos de cáncer de cabeza y cuello es del 50-60%, especialmente si recibieron tratamientos complementarios como quimiorradioterapia (13,14).
-En los individuos que han sido sometidos a reconstrucciones orales mediante colgajos libres microvascularizados, y pese a tratarse de una técnica con mejor resultado funcional que el cierre directo, es habitual observar cierto grado de disfagia tras la cirugía, especialmente en el caso de tumores avanzados (15).
-Algunos estudios han indicado que el 75.3% de pacientes intervenidos de cáncer de cabeza y cuello desarrollan linfedema a partir de los 3 meses del tratamiento, favoreciendo la fibrosis e interfiriendo así en la integridad muscular y, en consecuencia, en el transporte del bolo alimenticio (15,16).
-La disfagia, junto con la aspiración (cuya prevalencia oscila entre el 36-94%), supone una devastadora complicación del tratamiento en estos pacientes (17,18).
-En aquellos casos que han recibido radioterapia, el trismus puede mantenerse o incluso agravarse más de 12 meses después del fin de la misma (19).

5 Discusión-Conclusión

La disfagia es un trastorno frecuente e infradiagnosticado, que requiere de una colaboración interdisciplinar y un abordaje diagnóstico adecuado. De esta manera es posible iniciar un tratamiento rehabilitador precoz encaminado a evitar las secuelas potencialmente fatales de esta patología. Todo ello debe tenerse en cuenta en el seguimiento de pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas para la resección de tumores malignos orales, puesto que un importante por-

centaje de estos casos presentarán alteraciones deglutorias durante el desarrollo de su enfermedad.

6 Bibliografía

1. Sasegbon A, Hamdy S. The anatomy and physiology of normal and abnormal swallowing in oropharyngeal dysphagia. Neurogastroenterol Motil 2017. doi:10.1111/nmo.13100.
2. Devault KR, Capítulo ÍDEL. Capítulo 13 - Síntomas de la enfermedad esofágica. Tenth Edit. Elsevier España, S.L.U.; 2018. doi:10.1016/B978-84-9113-211-0/00013-9.
3. Rosenbek JC, Robbins JA, Roecker EB, Coyle JL, Wood JL. A penetration-aspiration scale. Dysphagia 1996. doi:10.1007/BF00417897.
4. Rofes L, Arreola V, Mukherjee R, Clavé P. Sensitivity and specificity of the Eating Assessment Tool and the Volume-Viscosity Swallow Test for clinical evaluation of oropharyngeal dysphagia. Neurogastroenterol Motil 2014. doi:10.1111/nmo.12382.
5. Rommel N, Hamdy S. Oropharyngeal dysphagia: Manifestations and diagnosis. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2016. doi:10.1038/nrgastro.2015.199.
6. Valdez JA, Brennan MT. Impact of Oral Cancer on Quality of Life. Dent Clin North Am 2018. doi:10.1016/j.cden.2017.09.001.
7. Valverde Carrillo, María D, Gómez Triguero C, Gallego Izquierdo P, Rodríguez Paradinas M. Rehabilitación de la disfagia orofaríngea. Disfagia Orofaringea Soluciones Multidiscip. Con 36 recetas Elabor. en el Hosp. Univ. Príncipe Astur., 2018.
8. Chen SC, Huang BS, Chung CY, Lin CY, Fan KH, Chang JTC, et al. Effects of a swallowing exercise education program on dysphagia-specific health-related quality of life in oral cavity cancer patients post-treatment: a randomized controlled trial. Support Care Cancer 2018. doi:10.1007/s00520-018-4148-7.
9. Scherpenhuizen A, Van Waes AMA, Janssen LM, Van Cann EM, Stegeman I. The effect of exercise therapy in head and neck cancer patients in the treatment of radiotherapy-induced trismus: A systematic review. Oral Oncol 2015. doi:10.1016/j.oraloncology.2015.05.001.
10. Van Der Meulen IC, May AM, De Leeuw JRJ, Koole R, Oosterom M, Hordijk GJ, et al. Long-term effect of a nurse-led psychosocial intervention on health-related quality of life in patients with head and neck cancer: A randomised controlled trial. Br J Cancer 2014. doi:10.1038/bjc.2013.733.
11. Logemann JA. Evaluating and Treatment of Swallowing Disorders. Natl Student Speech Lang Hear Assoc 1983.

12. Trotti A, Bellm LA, Epstein JB, Frame D, Fuchs HJ, Gwede CK, et al. Mucositis incidence, severity and associated outcomes in patients with head and neck cancer receiving radiotherapy with or without chemotherapy: A systematic literature review. Radiother Oncol 2003. doi:10.1016/S0167-8140(02)00404-8.
13. Zuydam AC, Rogers SN, Brown JS, Vaughan ED, Magennis P. Swallowing rehabilitation after oro-pharyngeal resection for squamous cell carcinoma. Br J Oral Maxillofac Surg 2000. doi:10.1054/bjom.2000.0482.
14. Crowder SL, Douglas KG, Yanina Pepino M, Sarma KP, Arthur AE. Nutrition impact symptoms and associated outcomes in post-chemoradiotherapy head and neck cancer survivors: a systematic review. J Cancer Surviv 2018. doi:10.1007/s11764-018-0687-7.
15. Porto de Toledo I, Pantoja LLQ, Luchesi KF, Assad DX, De Luca Canto G, Guerra ENS. Deglutition disorders as a consequence of head and neck cancer therapies: a systematic review and meta-analysis. Support Care Cancer 2019. doi:10.1007/s00520-019-04920-z.
16. Queija D dos S, Dedivitis RA, Arakawa-Sugueno L, de Castro MAF, Chamma BM, Kulcsar MAV, et al. Cervicofacial and Pharyngolaryngeal Lymphedema and Deglutition After Head and Neck Cancer Treatment. Dysphagia 2019. doi:10.1007/s00455-019-10053-6.
17. Sohn HO, Park EY, Jung YS, Lee EK, Kim EK. Effects of professional oral hygiene care in patients with head-and-neck cancer during radiotherapy: A randomized clinical trial. Indian J Dent Res 2018. doi:10.4103/ijdr.IJDR_226_17.
18. Smith JE, Suh JD, Erman A, Nabili V, Chhetri DK, Blackwell KE. Risk factors predicting aspiration after free flap reconstruction of oral cavity and oropharyngeal defects. Arch Otolaryngol - Head Neck Surg 2008. doi:10.1001/archotol.134.11.1205.
19. Wang CJ, Huang EY, Hsu HC, Chen HC, Fang FM, Hsiung CY. The degree and time-course assessment of radiation-induced trismus occurring after radiotherapy for nasopharyngeal cancer. Laryngoscope 2005. doi:10.1097/01.mlg.0000171019.80351.46.

Capítulo 3

MONITORIZACIÓN Y MANEJO DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL POR VÍA INTRAVESICAL EN UCI PEDIÁTRICA

BELÉN ARBIZU FERNÁNDEZ

ELENA HORTAL SAINZ DE UGARTE

RAQUEL AZCONA EGUINOA

1 Introducción

La presión intraabdominal (PIA) se define como aquella < 12mmHg y consiste en una técnica para monitorizar la presión de la cavidad abdominal y orientar hacia una posible alteración de la función orgánica. La vejiga actúa como un reservorio pasivo con volúmenes menores de 10ml y es capaz de trasmitir la PIA sin agregar presión adicional a su propia musculatura.

Fisiológicamente la PIA es igual a la presión atmosférica, es decir cero, los valores normales se encuentran en el rango de 0 a 10 mmHg y suelen existir discretas variaciones que se aceptan como normales, como con los movimientos respiratorios, la tos, el estornudo, la defecación y durante el embarazo. El valor de la PIA es un parámetro a considerar en pacientes con patología abdominal que presenten deterioro súbito del estado hemodinámico y respiratorio, su valor puede obtenerse a través de la medición con el método intravesical. Su incremento causa hipoperfusión generalizada, aumento en las presiones pico de la vía aérea, hipoxemia e hipercapnia, oliguria y aumento en la presión intracraneal. Enfermería,

al conocer las repercusiones fisiológicas que pueden presentarse y la técnica de medición, contribuye con el equipo de salud a prevenir el fallo multisistémico.

2 Objetivos

- Describir la técnica de medición de la PIA mediante el sistema de Manómetro Foley .
- Conocer el funcionamiento y recomendaciones de dicho sistema.

3 Metodología

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

4 Resultados

La medición entra dentro de las técnicas de enfermería y supone una medición rápida y no invasiva de medir la PIA. De esta manera se obtiene una información que orientaría hacia una actuación inmediata.

- Medir y valorar la PIA a través del sistema de medición con Manómetro Foley.
- Unificar criterios, facilitar una correcta medición y facilitar la información sobre el manejo del sistema de medición al personal de nueva incorporación.

5 Discusión-Conclusión

El uso del sistema de medición con Manómetro Foley es una técnica fácil, rápida, sencilla, con riesgo mínimo de infección y poco invasiva que aporta una información relevante para orientar hacia la actuación terapéutica en el niño en estado crítico.

La medición intravesical es el método más frecuente e inocuo para medir la presión intraabdominal (PIA). Es un procedimiento realizado por enfermería que le

permite valorar las cifras y relacionarlas con el estado clínico del paciente, específicamente con el gasto cardiaco y el patrón respiratorio. De esta manera se obtiene una información que orientaría hacia una actuación inmediata y permite establecer un diagnóstico precoz en el paciente crítico disminuyendo complicaciones y mortalidad.

6 Bibliografía

1. Dr. Oriol Roca; La presión intraabdominal en el paciente crítico: ¿Por qué?, ¿Cómo monitorizarla? y ¿Cómo controlarla?; En: Jornada Interhospitalaria: monitorización y manejo de la presión intraadbominal. Barcelona 2011.
2. ConvaTec; Sep. 2015; Disponible en: http://www.convatec.com.ve/continence-critical-care/iap-monitoring/product-range/unometer-abdo-pressure

Capítulo 4

BENZODIACEPINAS EN ANSIEDAD

ALBA MIRANDA GARCIA

1 Introducción

Las benzodiacepinas son los fármacos más empleados en el tratamiento de la ansiedad, desde finales de los 50 que se comercializó la primera benzodiacepina, el clordiacepóxido. Su buena actividad farmacológica y el relativo bajo nivel de efectos adversos, han sido factores determinantes de su rápida expansión. Aunque en los últimos años su uso pueda ser algo más restringido por su riesgo potencial de generar tolerancia al efecto terapéutico y las consecuencias de cronificación en su empleo.

En la actualidad, estos medicamentos son considerados como los más eficaces para tratar trastornos de ansiedad, debido a los buenos resultados que presenta y los pocos efectos secundarios que origina.

En el ámbito comercial, se pueden encontrar múltiples medicamentos benzodiacepínicos, la mayoría de ellos suelen caracterizarse por la terminación -lam o -pam. Los más conocidos son el alprazolam, el diazempam, el flurazepam, y el lorazepam.

En este trabajo se presenta una revisión de lo que se conoce sobre las benzodiacepinas.

2 Objetivos

Realizar una revisión y descripción de los aspectos básicos de las benzodiacepinas y poder ampliar mis conocimientos sobre este tipo de fármacos.

3 Metodología

Se utilizó base de datos como PubMed y MEDLINE, completando la información con artículos encontrados en revistas digitales como psicooncología, elsevier, revista de la Sociedad Española del dolor y en buscadores como google, Scielo y ResearchGate. La búsqueda incluyó todas las revisiones sistemáticas, artículos y investigaciones llevadas a cabo acerca de la materia en los últimos 10 años, con la posterior selección de lo más adecuado para este trabajo.

4 Resultados

Las benzodiacepinas son un grupo de psicofármacos de efecto principalmente ansiolítico cuyo descubrimiento supuso una gran revolución en el tratamiento de la ansiedad. Nacidos en una época en las que los barbitúricos eran indiscutiblemente el tratamiento de elección para los problemas de tipo ansioso a pesar del elevado riesgo de sobredosis y dependencia, su elevado nivel de éxito en reducir la sintomatología con unos riesgos y efectos secundarios mucho menores las convirtieron rápidamente en el tipo de psicofármaco más consumido.

Se trata de sustancias relajantes con un gran número de aplicaciones clínicas, a pesar de que como todo psicofármaco presenta una serie de riesgos y efectos secundarios a tener en cuenta a la hora de aplicarse. A la hora de consumirse se suelen administrar por vía oral, aunque en casos en que es necesaria una actuación rápida puede ser recomendable la administración intravenosa (la cual es mucho más rápida).

Los mecanismos de acción hacen referencia al método mediante el cual las benzodiacepinas actúan cuando llegan al cerebro y consiguen realizar modificaciones en el funcionamiento psicológico.

El mecanismo de acción de las benzodiacepinas se basa en su actuación como agonista indirecto del GABA o ácido gamma-aminobutírico, un neurotransmisor que permite la correcta gestión y no sobrecarga del cerebro al reducir y dificultar la transmisión de impulsos nerviosos. Concretamente las benzodiacepinas provocan que el GABA ejerza una mayor influencia en el sistema, lo que al tratarse de un neurotransmisor de tipo inhibitorio produce un efecto depresor sobre el sistema nervioso. Teniendo en cuenta que en el sistema límbico hay una gran cantidad de receptores gabaérgicos, la repercusión de las benzodiacepinas a la hora de tratar procesos ansiosos y estados anímicos resulta muy elevada. De este

modo disminuye el nivel de activación del organismo, produciendo un alivio de la sintomatología ansiosa junto con otros efectos como la relajación muscular y la sedación.

Esto quiere decir que cuando las benzodiacepinas llegan a las regiones cerebrales, incrementan la actividad del GABA y, por lo tanto, se aumentan los potenciales postsinápitcos inhibidores. La principal ventaja que presentan las benzodiacepinas es que cuando éstas actúan sobre el GABA incrementan la frecuencia de apertura del canal de cloro. Así pues, estos medicamentos no son capaces de proporcionar una activación mayor a la que lograría realizar el GABA por sí solo, por lo que los riesgos de su consumo son bajos.

Así mismo, la mayoría de receptores GABA están formados por 5 subunidades: subunidad a 1, subunidad a 2, subunidad a 3, subunidad a 4 y subunidad a 5. En este sentido, se han compuesto distintos fármacos benzodiacepínicos que actúan sobre las diferentes subunidades de los receptores GABA. Investigaciones recientes han mostrado que, más concretamente, las benzodiacepinas que actúan en las subunidades a1 realizan actividad ansiolítica, mientras que los que actúan en la subunidad a3 o a5 realizan efectos sedantes.

En resumen, las benzodiacepinas realizan sus efectos a través del incremento de la actividad de GABA, y son los medicamentos más utilizados en los pacientes con ansiedad. Se unen al receptor de GABA y facilitan/potencian la acción hiperpolarizante e inhibidora de este neurotransmisor. La eficacia y seguridad de estos fármacos cuando se utilizan durante algunas semanas, está bien establecida. Aunque estos fármacos son muy adecuados como tratamiento de primera elección en tratamientos agudos y a corto plazo, su prescripción en el tratamiento crónico de la ansiedad está poco avalada por la literatura científica existente, debido al riesgo de dependencia física con síndrome de abstinencia y la presencia de comorbilidad psiquiátrica. Dentro de los efectos adversos que se pueden presentar incluyen ataxia, disartria, vértigo, incoordinación motora con caídas, sedación, somnolencia, excitación paradójica, dificultad para mantener la atención, riesgo en el manejo de maquinaria peligros, trastornos de memoria a corto plazo, e incluso el desarrollo de depresión.

En las benzodiacepinas se pueden diferenciar tres procedimientos principales: la absorción, la distribución y el metabolismo.

- Absroción. Las benzodiacepinas se consumen por vía oral. Son sustancias que se suelen absorberse muy bien y con cierta facilidad. La velocidad de absorción

depende de la liposolubilidad del fármaco. En el caso de las benzodiacepinas, se suele demorar entre 30 y 240 minutos. Así pues, la absorción de estos medicamentos, a pesar de ser adecuada, puede resultar algo lenta e irregular. Por este motivo, en casos de emergencia como por ejemplo en convulsiones o ataques de pánico, se suele recomendar la administración por vía intravenosa, la cual permite una absorción mucho más rápida.

- Metabolismo. Las benzodiacepinas se metabolizan a nivel microsomal hepático, a través de procesos de oxidación, de alquilación e hidroxilación. Este mecanismo permite que la sustancia se adentre en el corriente sanguíneo de la persona y circule por la sangre hasta las regiones cerebrales. Las partículas de las sustancias que no pasan a la sangre son conjugadas con glucurónico o sulfato y finalmente eliminadas por el riñón.

Existen diferentes tipos de sustancias que forman parte del grupo de las benzodiacepinas. Si bien podrían agruparse de diferentes maneras una de clasificaciones más habituales es la que tiene en cuenta la vida media del fármaco en el organismo, es decir el tiempo que se mantiene activo dentro del organismo. De este modo podemos encontrar tres grandes grupos de benzodiacepinas, cuyas características las harán más adecuadas para unas u otras situaciones.

De vida o acción corta (sus efectos pueden durar hasta 8 horas). Se trata de sustancias que permanecen durante poco tiempo (menos de doce horas) en el organismo, no siendo adecuadas para tratar trastornos de ansiedad prolongados en el tiempo. Sin embargo, se trata de las benzodiacepinas que actúan de manera más rápida, con lo que suponen una gran ayuda para combatir la aparición de síntomas ansiosos repentinos como las crisis de ansiedad o de problemas que solo precisan de una relajación momentánea, como las dificultades para conciliar el sueño. El principal problema de este subgrupo es que al pasarse los efectos rápido, de querer mantenerlos el consumo de la sustancia será más habitual, con lo que es probable que se acabe generando dependencia. Además, suelen provocar un mayor nivel de efectos secundarios. Algunos fármacos de este grupo son el triazolam o el midazolam.

De vida o acción larga (sus efectos duran más de 24 horas). Este tipo de benzodiacepina tiene la gran ventaja de que se mantiene en el organismo durante mucho tiempo, siendo de ayuda en los trastornos de ansiedad. Por contra, el hecho de que permanezcan tanto en el cuerpo provoca que se puedan acumular los efectos de las dosis, cosa que podría tener efectos sedantes no deseables. Además, tardan un tiempo en hacer efecto, con lo que no resultan indicados cuando se

necesita una respuesta inmediata. Pueden llegar a permanecer y actuar durante más de treinta horas tras el consumo. Dentro de este grupo está el ansiolítico más conocido es el diazepam, junto con otros como el clonazepam.

De vida o acción intermedia (sus efectos duran de 8 a 24 horas). En un punto intermedio entre los dos tipos anteriores, las benzodiacepinas de vida intermedia presentan una actuación temprana (aunque no tan inmediata como las de acción corta) durante un periodo de tiempo relativamente prolongado. Duran entre doce y veinticuatro horas. El alprazolam o loracepam son algunos de los fármacos de este grupo.

Las benzodiacepinas están indicadas en:

- Trastornos y episodios de ansiedad. La aplicación por la que las benzodiacepinas son más conocidas, habiendo sido el tratamiento farmacológico de elección de este tipo de problemas durante muchos años. El tipo de benzodiacepina a emplear en cada tipo de trastorno dependerá de las características de éste. Por ejemplo, si es necesario una actuación rápida como respuesta al surgimiento de una crisis de ansiedad puede aplicarse una benzodiacepina de vida corta. Ante la presencia de fobias con una elevada probabilidad de aparición del estímulo fóbico (como la fobia social) pueden emplearse benzodiacepinas de vida media o larga como el alprazolam. En trastornos como el trastorno de ansiedad generalizada o el trastorno de pánico el clonazepam, una versión de acción larga, tiende a ser uno de las más eficaces.
- Insomnio. Una de las propiedades de las benzodiacepinas, que en ocasiones resulta un efecto secundario no deseado, es su potencial sedante. Es por ello que resultan de utilidad a la hora de combatir problemas de sueño. Suelen utilizarse benzodiacepinas de vida corta como el triazolam cuando la dificultad está en la conciliación del sueño. También hay algunos fármacos de vida larga como el flurazepam si el problema se encuentra en despertares frecuentes o de mantenimiento del sueño.
- Trastorno del estado de ánimo. Si bien tanto en la depresión como en trastorno bipolar existen otros fármacos que son priorizados por encima de las benzodiacepinas, en algunos casos es empleado el alprazolam o el clonazepam ya que permiten tranquilizar al paciente y disminuir su angustia.
- Convulsiones, espasmos y agitación motora. Las crisis convulsivas de tipo epiléptico aparecen cuando uno o varios grupos de neuronas se vuelven hipersensibles y se excitan con gran facilidad. Como hemos indicado anteriormente, el principal mecanismo de acción de las benzodiacepinas es la potenciación del

GABA como inhibidor de la excitación neuronal, con lo que al potenciar la depresión del sistema nervioso las benzodiacepinas resultan útiles para controlar crisis convulsivas. Otros síntomas de tipo motor también pueden verse mitigados debido al efecto como relajante muscular y sedante.

- Síndrome de abstinencia alcohólica. El cese brusco de consumo de alcohol en sujetos que han desarrollado tolerancia y dependencia puede producir síndromes de abstinencia, entre cuyos síntomas pueden encontrarse ansiedad, problemas de coordinación y agitación. Tanto a nivel hospitalario como ambulatorio el uso de benzodiacepinas permite controlar estos síntomas, sacando provecho de su actividad sedante para disminuir su intensidad.

En cuanto a las reacciones adversas, la mayoría de los casos se producen debido a una prolongación de la acción farmacológica de los medicamentos, hecho que afecta al funcionamiento del sistema nervioso central. Distintos estudios apuntan que aproximadamente la mitad de los pacientes presentan, en mayor o menor grado, sensaciones de somnolencia durante los primeros momentos del tratamiento. Así mismo, otros efectos adversos que pueden aparecer son:

- Sedación.
- Mareos, náuseas y vómitos.
- Diarrea o estreñimiento.
- Depresión y cambios del estado de ánimo.
- Cambios en la líbido.
- Desorientación.
- Disartria y temblor.
- Alteraciones urinarias.
- Hepatitis, ictericia, dermatitis, urticaria y prurito.
- Discrasias sanguíneas.
- Alteraciones de la visión y audición.
- Incoordinación motora con riesgo de caída.
- Amnesia anterógrada y dificultad de concentración.

5 Discusión-Conclusión

En este trabajo se presenta una revisión de lo que actualmente se conoce sobre las benzodiacepina y su uso en la práctica clínica.

Las benzodiacepinas siguen siendo el grupo farmacológico más empleado en el tratamiento de la ansiedad, por lo que su nombre a veces se utiliza como sinónimo

de ansiolíticos.

Por ser los medicamentos con efectos secundarios menos importantes que el resto de ansiolíticos y antidepresivos, las benzodiacepinas constituyen el tratamiento de elección en caso de ansiedad.

6 Bibliografía

1. Oscar Castillero Mimenza . BENZODIAZEPINAS (PSICOFÁRMACO): USOS, EFECTOS Y RIESGOS. Psicología y mente. 16/01/2017. Disponible en: https://psicologiaymente.net/psicofarmacologia/benzodiacepinas
2. Marcel Gratacós. BENZODIACEPINAS: MECANISMO DE ACCIÓN, CARACTERÍSTICAS Y EFECTOS. Lifeder. Disponible en: https://www.lifeder.com/benzodiacepinas/
3. psicopsi.com. PSICOFARMACOLOGÍA - PSICODINÁMICA IV: ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS Y PSICONEUROBIOLÓGICAS. Estudio de psicoanálisis y psicología. Disponible en: http://psicopsi.com/Psicofarmacologia-Psicodinamica-IV-indice-general
4. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
5. https://www.scielo.org/es/
6. https://medlineplus.gov/

Capítulo 5

DOLOR EN PEDIATRÍA

ALBA MIRANDA GARCIA

1 Introducción

El dolor se define como una experiencia subjetiva desagradable relacionada con daño holístico real o potencial, determinado tanto por la estimulación recibida como por los factores psicológicos, sociales y culturales. Es una de las consecuencias más temidas de la enfermedad, aunque tradicionalmente ha sido considerado más un síntoma que una entidad que merezca tratamiento por sí misma (1).

La sensación de dolor es considerada como un mecanismo protector del organismo, que alerta a la persona que lo padece de que algo anda mal y lo incita a iniciar alguna acción destinada a suprimir o disminuir el dolor. Sin embargo, cuando se cronifica, pierde el sentido protector y se convierte él mismo en la enfermedad o en elemento fundamental de ella, provocando un estado de sufrimiento (1).

El dolor agudo es evocado por un estímulo nocivo bien identificado, es de corta duración y tiene un valor funcional destacable, ya que opera como una señal para iniciar conductas restauradoras y/o protectoras. Generalmente, el dolor disminuye a medida que se repara el daño, con lo que el malestar físico y emocional no suele prolongarse en el tiempo. El dolor crónico e emplea para designar una experiencia dolorosa de larga duración, generalmente asociada a una enfermedad prolongada como el cáncer o la artritis reumatoide juvenil. No cede totalmente con el tratamiento y carece de valor adaptativo.

El impacto psicológico del dolor crónico es mayor que el caso del dolor agudo y aparece asociado con factores sensoriales, ambientales y emocionales. Algunos autores sostienen que los niños tienen mayor probabilidad que los adultos de

experimentar dolor recurrente. El dolor recurrente comparte aspectos del dolor agudo y crónico. Se caracteriza por la presencia de episodios dolorosos repetidos que, aunque son breves, pueden persistir a lo largo de la vida del niño y suelen estar ocasionados por múltiples causas. Probablemente el mayor inconveniente para el personal sanitario es la rapidez con que la mayoría de los niños de todas las edades desarrollan respuestas condicionadas y los objetos asociados a ellos. Otra fuente importante de distrés infantil como lo son la punción lumbar y aspiración de médula ósea, es la administración intravenosa de la quimioterapia y los efectos secundarios que provoca, especialmente náuseas y vómitos (9).

El cáncer infantil es una de las enfermedades más temidas y que despierta mayor consternación en la sociedad. Las tasas de mortalidad se han reducido como consecuencia de los avances de los tratamientos, pero la enfermedad y los procedimientos médicos siguen siendo dolorosos y algunos muy aversivos para el niño. A pesar de que el dolor es esencial para la supervivencia, ya que promueve la actuación y ayuda a localizar al daño o la lesión, el dolor es la causa más frecuente de sufrimiento en el niño con cáncer y una de las inquietudes principales que perturba su calidad de vida.

El dolor en el cáncer no procede únicamente de la enfermedad sino también de los procedimientos de diagnóstico aplicados a los tratamientos médicos. La mayoría de niños y adolescentes consideran que el peor aspecto de la enfermedad es el dolor que procede del tratamiento médico y de los procedimientos diagnósticos, especialmente de la aspiración de la médula ósea y de la punción lumbar, y afirman que la frecuente repetición de estos procedimientos sensibiliza el estrés que siente.

Los niños pequeños disponen de un repertorio limitado de conductas de dolor, presentan dificultades para expresar verbalmente las sensaciones dolorosas y carecen de autonomía suficiente para realizar acciones que las eliminen o reduzcan. En su lugar, suelen aparecer conductas de oposición como gritos, llantos y quejas, lo que dificulta la labor del personal sanitario (3).

En general, se considera que el cáncer y sus tratamientos son una experiencias estresante y traumática para los niños y sus familias, debido a las numerosas situaciones potencialmente estresantes a las que deben enfrentarse en el curso de la enfermedad: amenaza para la vida o la integridad física, procedimientos médicos invasivos y dolorosos, importantes efectos secundarios derivados de los tratamientos, cambios físicos y funcionales, frecuentes hospitalizaciones, alteración de la rutina cotidiana y de la dinámica familiar, social y escolar, etc.

Además, los supervivientes deben aprender a convivir con la incertidumbre de una recaída y Las secuelas del tratamiento (6).

Toda enfermedad de larga duración, crónica o que pone en peligro la salud física y psicológica del individuo entronca con un fenómeno humano universal: el sufrimiento. Y este fenómeno es personal e íntimo, donde el cáncer juega un papel disparador pero donde es el individuo, en último caso, el que afrontará de una manera u otra la enfermedad, sus consecuencias intrínsecas (el propio deterioro físico celular) y extrínsecas (los tratamientos intravenosos frecuentemente necesarios en estas enfermedades).

El sufrimiento como experiencia humana en el ámbito del cáncer tiene tres grandes afectados: el paciente, la familia- ámbito social (amigos, compañeros) y el personal sanitario. La interrelación entre el malestar del paciente, de la familia y del personal sanitario hace que el malestar percibido de uno de ellos puede amplificar o minimizar el malestar de los demás. Las expectativas de uno pueden influir en los otros y viceversa, y estas expectativas y metas pueden diferir de un colectivo a otro (9). En este trabajo se presenta una revisión de los principales instrumentos para valorar el dolor en pacientes pediátricos.

2 Objetivos

Realizar una revisión y descripción de los principales instrumentos para valorar el dolor en pacientes pediátricos y poder ofrecer una atención más óptima a este tipo de pacientes.

3 Metodología

Se utilizó base de datos como PubMed y Medline, completando la información con artículos encontrados en revistas digitales como Psicooncología, Elsevier, Revista de la Sociedad Española del Dolor y en buscadores como Google, Scielo y ResearchGate. La búsqueda incluyó todas las revisiones sistemáticas, artículos y investigaciones llevadas a cabo acerca de la materia en los últimos 10 años, con la posterior selección de lo más adecuado para este trabajo.

4 Resultados

Para la evaluación y valoración del dolor (1,3) en niños con cáncer es necesaria y debe ser frecuente para conocer de este modo si los tratamientos aplicados para reducir el malestar son o no eficaces. La información proporcionada por el niño es imprescindible, debido al carácter subjetivo de las sensaciones dolorosas. El personal sanitario que atiende al niño puede valorar el daño pero no el dolor, solo perceptible para la persona que lo siente.

Debe tenerse en cuenta que a medida que el niño siente dolor no controlado su tolerancia a éste cada vez es menor. En el caso de los niños, el dolor resulta aún más complicado valorarlo, ya que depende de la capacidad de los pacientes para comunicarse de forma eficaz y, por tanto, de su dominio del lenguaje. Un aspecto fundamental del dolor es la necesidad de realizar un registro multimodal de las respuestas del paciente infantil, que incluye: conducta cognitiva, conducta motora y conducta psicofisiológica. Para medir las sensaciones dolorosas disponemos de instrumentos entre los que destacan los autoinformes y la observación conductual.

En el ámbito hospitalario, se suele utilizar la conducta manifiesta como unidad de análisis, ya sea motora, verbal o fisiológica, definida operativamente, bien en términos simples o en categorías conductuales.

El núcleo de las mediciones son las expresiones faciales, los movimientos corporales y la postura, el llanto y las verbalizaciones. De todos ellos, el llanto es el principal indicador que, por ejemplo, determina a los profesionales de enfermería la administración de analgésicos al neonato.

En el caso de dolor crónico, la evaluación conductual contempla el registro de comportamientos como deambulación, quejas de dolor y peticiones de medicación.

La valoración del dolor en lactantes ha de ser indirecta por necesidad, lo que ha supuesto que los investigadores se dediquen a identificar reacciones de estímulos probablemente dolorosos que pueden servir como indicadores de dolor.

A continuación presentamos una selección de las escalas más representativas. La Observational Scale of Behavioral Distress (OSBD) es una escala de observación del malestar conductual. Se trata de un instrumento de observación que se em-

plea para registrar el distrés conductual del paciente durante el procedimiento médico de aspiración de médula ósea. Consta de 11 conductas que indican dolor y ansiedad. Cada conducta tiene asignado un valor relativo a su intensidad que varía, en un rango de 1 a 4 (grado máximo de distrés). Se emplea en 3 fases del procedimiento:
1. Cuando el niño es colocado en la mesa del tratamiento.
2. Desde que se limpia el lugar de la inyección, durante la inyección de anestesia local y la aspiración de médula ósea.
3. Desde que la aguja es retirada hasta transcurridos dos minutos.

Por otro lado, The children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale (CHEOPS) es una escala de dolor del Hospital Infantil de Ontario Este. Evalúa el comportamiento del dolor de los pacientes infantiles en el periodo post- quirúrgico. Se basa en las conductas observadas con más frecuencia durante la primera hora tras la intervención quirúrgica, clasificándolas en 6 categorías de comportamiento, entre ellas, llanto, expresión facial y verbalizaciones. El rango de puntuaciones oscila entre 0 (conducta de ausencia de dolor) a 13 (comportamiento indicativo de dolor severo). Ha sido utilizado con frecuencia para la evaluación durante la recuperación post- quirúrgica por su utilidad en el manejo del dolor postoperatorio.

The Procedural Behavior Rating Scale (PBRS) evalúa al niño en las diferentes fases del procedimiento médico aversivo (especialmente en aspiraciones de médula ósea y punciones lumbares). Esta escala consta de 25 categorías de comportamiento y en ella el observador registra la presencia o ausencia de cada comportamiento para las cuatro fases del procedimiento médico:
1. Desde que el niño es llamado en la sala de espera hasta que llega a la sala de tratamiento.
2. Desde que se quita la ropa hasta que se procede a la limpieza de la zona.
3. Durante el procedimiento.
4. Desde que finaliza el procedimiento hasta que el paciente abandona la sala.
Los autores revisaron el instrumento, y presentaron la PBRS - R. En esta versión se incluyen sólo 11 categorías de comportamiento puntuadas en función de su ocurrencia durante cada una de las tres fases (se eliminó la última). Esta escala presenta dos limitaciones importantes:
1. No refleja la frecuencia del comportamiento, sólo puntúa su aparición.
2. No registra el comportamiento de las demás personas presentes en la sala, el afrontamiento del niño o la secuencia de comportamientos.
Posteriormente, se utilizó un versión revisada de tan solo 10 comportamientos

indicativos de dolor y ansiedad, eliminando los menos frecuentes, que son puntuados en función de la presencia/ ausencia de cada comportamiento.

The Procedure Behavior Checklist (PCBL). Listado de comportamiento durante el procedimiento médico. Los ítems, semejantes a los de la PBRS, son evaluados por un observador que puntúa en una escala de 1 (conducta no intensa) a 5 (muy intensa). Consta de 8 ítems, distribuidos en 2 factores: reacciones motoras y verbales.

The Postoperative Pain Measure for Parents mide el dolor post-quirúrgico para padres. Esta escala es un ejemplo de medida previa para ser utilizada por padres. Consta de 29 preguntas que los padres contestan con SI/NO. Los padres completan la escala de una a tres veces durante los dos días siguientes a la operación: entre el desayuno y la comida, entre la comida y la cena y la hora de dormir. Ha mostrado una excelente sensibilidad y especificidad en los dos días después de la cirugía, usando una puntuación de corte de 6 sobre 10, para detectar a los niños que padecían dolor y resultaban clínicamente significativos.

Para concluir, podemos descartar que la observación conductual es un procedimiento útil, especialmente con los pacientes más pequeños, incapaces de expresarse por otros medios. Sin embargo, se debe tener presente que con este método se recogen, no solo respuestas al dolor, sino también ansiedad, estado de ánimo e incluso contingencias ambientales presentes. La interpretación de los datos también debe considerar las diferencias individuales en el estado del paciente, así como el significado concreto de sus conductas verbales y no verbales.

La evaluación psicofisiológica se centra en el registro y análisis de las respuestas fisiológicas. Incluye manifestaciones de sistemas corporales como el sistema nervioso, el sistema somático o el sistema nervioso autónomo. Sin, embargo, es necesario aclarar que no existen reacciones fisiológicas que sean reflejo directo de la percepción de dolor. Los parámetros fisiológicos son:
1. El pulso arterial.
2. La presión sanguínea.
3. El índice de sudoración palmar.
4. La respuesta de las hormonas de estrés.
5. La saturación de O2.

Los parámetros fisiológicas son especialmente útiles en el caso de neonatos y lactantes. Al utilizar este tipo de evaluación, es importante tener en cuenta que

ninguna medida fisiológica constituye por sí misma un indicador puro de dolor. Aún así, resultan muy útiles, especialmente con neonatos y niño más pequeños, ya que, junto a las medidas conductuales, permiten acceder a la experiencia de dolor.

Las medidas psicológicas permiten acceder al estado subjetivo del paciente con el doble fin de obtener la máxima información. El autoinforme infantil es la medida más fiable y válida del dolor del paciente pediátrico, siempre que el instrumento utilizado sea apropiado y se adapte a la edad y características socioculturales del niño. Así por ejemplo, las escalas de caras son útiles para niños en edad escolar pero no para niños de 2 años. Existen diversos tipos de autoinforme, los más comunes son: métodos proyectivos, entrevistas, escala analógicas visuales, autoregistros y cuestionarios. Los tres últimos son los más utilizados por su sencillez y porque se adaptan mejor a la evaluación rápida y fiable tan necesaria en el ámbito hospitalario.

La intensidad del dolor también puede evaluarse con escalas analógicas visuales, que utilizan representaciones visuales del dolor.

Los métodos proyectivos han sido utilizados para evaluar características cuantitativas de dolor, así como la vivencia del proceso y su repercusión en la vida habitual del niño. Existen diferentes métodos , uno de los más comunes es la interpretación de los dibujos del niño, ya que éstos pueden ser una forma de expresión de su dolor. Otro tipo de pruebas se basan en la selección de colores, dibujos, interpretación de caricaturas, etc. Así, por ejemplo, diversas investigaciones han mostrado que el color rojo y negro son los más utilizados para representar el dolor, independientemente de la situación, edad o sexo del niño.

Las entrevistas estructuradas permiten evaluar de forma completa la experiencia dolorosa. Por ejemplo "The Pediatric Pain Questionnaire" consta de 8 preguntas relacionadas directamente con el dolor. En la 8 pregunta (¿sientes dolor ahora?) si contesta que sí, se le entrega un dibujo del contorno de una figura humana para que marque la zona donde le duele.

Las escalas de intervalo permiten que los pacientes infantiles proporcionen información directa sobre la gravedad, localización, duración e intensidad del dolor, así como conocer la respuesta a los diferentes tratamientos.

Al seleccionar una de estas escalas se debe tener en cuenta que los niños de 5 a 7 años no tiene capacidad de diferenciar entre ellos mismos y su entorno, su

definición de dolor es algo o alguna cosa. A partir de los 7 a los 10 años empiezan a diferenciar entre ellos y los otros y definen el dolor como sensación y a partir de los 11 años ya existe una clara diferencia entre ellos y los otros.

Dentro de las escalas de intervalo se incluyen las escalas numéricas y verbales y las analógicas - visuales. En las escalas numéricas y visuales la intensidad del dolor se gradúa en intervalos con etiquetas numéricas o verbales (de 0 a 5 o de 0 a 10; nada de dolor/dolor ligero/moderado/intenso, etc.).

También son muy utilizadas en la escalas tipo Likert con 5 puntos o niveles que suelen ir asociados a palabras que sirven para designar el incremento de malestar en cada nivel: nada, poco, medio, bastante y mucho. Existe una variedad de estas escalas que es el termómetro de dolor, normalmente numerada de 0 a 10 donde o representa ausencia de dolor y 10 el peor dolor posible.

En cuanto a las escalas analógicas visuales, son instrumentos de tipo gráfico que utilizan representaciones visuales concretas del cambio gradual de dolor (ej: rostros felices o tristes, termómetros e dolor y gamas de colores).
- The visual analogue escala: línea de 100 mm , en un extremo aparece ausencia de dolor y en el otro el peor dolor que nunca hayas sufrido.
- Escala analógica visual de ansiedad: escala de 10 cm de longitud , con los extremos marcados como ”muy tranquilo” (0 cm) y muy nervioso” (10 cm) o con dos caras con expresiones faciales opuestas unidas por un línea sin referencias numéricas.
- The Eland color tool (El juego de los colores de Eland): es una escala de color donde los niños seleccionan uno de los 8 colores que corresponden con distintas intensidades de dolor, desde nada de dolor hasta el peor dolor posible.
- Poker chip tool (PCT) (El juego de las fichas de póker): permite a lo niños cuantificar el dolor cuando se seleccionan una de las cuatro cartas de póker que se le muestran para indicar su molestia. Constan de 4 puntos rojos y uno blanco que representan una ”cantidad” de dolor: un punto blanco significa ausencia de dolor mientras que los rojos indican presencia de malestar.
- Escalas de dibujos faciales: constan de un cierto número de caras (normalmente de 5 a 10), con distintas expresiones de malestar graduadas de forma ascendente. La parte posterior es una regla graduada que permite convertir la señal del niño en datos numéricos. Se han elaborado diversas versiones e este instrumento. Ej: ”la escala de las nueve caras”, ”la escala de las siete caras” , ”la escala de caras Wong-Baker” y el ”termómetro del miedo”. La escala de Wong - Baker y el termómetro del miedo son dos ejemplos de escalas faciales utilizadas en los estudios

sobre hospitalización infantil y en la práctica clínica.

Los cuestionarios pueden ser una fuente de información adicional sobre la causa del dolor, las actitudes del niño, su entendimiento del dolor, el entorno familiar, habilidad verbal para describir y conocer las experiencias anteriores de dolor.
1. The Pain Coping Questionnaire (Cuestionario de afrontamiento del dolor): es una nueva medida de afrontamiento del dolor para niños y adolescente, que consta de ocho subescalas, que a su vez se agrupan en tres factores: acercamiento, evitación focalizada en el problema y evitación centrada en la emoción. La escala de acercamiento mide los intentos de tratar con el dolor y el uso de métodos activos para regular los sentimientos en esta situación. La escala de evitación centrada en el problema recoge los intentos de alejarse del dolor. La evitación centrada en la emoción mide estrategias de afrontamiento que permiten la libre expresión de sentimientos, lo que refleja una falta de esfuerzo por graduar los sentimientos cuando hay dolor.
2. The Adoloescebt Pediatric Pain Tool (APPT) /La escala de dolor pediátrico en adolescentes: esta escala evalúa la localización del dolor, su intensidad y cualidad en niños de 8 a 17 años. La puntuación incluye 3 componentes: un dibujo del contorno de cuerpo, una escala de intensidad gráfica y un listado de adjetivos de dolor.
3. The Abu - Saad Paediatric Pain Assement Tool: consta de 32 palabras descriptores de dolor y una escala de 10 centímetros con graduaciones cada cm (en un rango de ”no me duele” a ”tengo dolor severo”) y un número de preguntas que valoran la influencia del dolor en la vida diaria y las estrategias de afrontamiento que utiliza el niño. A los niños se les pide que indiquen la intensidad de su dolor y que elijan de la lita de descriptores del dolor, la palabra que mejor describe su dolor actual.

En cuanto a los autorregistros, tienen la ventaja de presentar la conducta de dolor en el mismo momento que se produce.
1. Pain Diary / ”Diario de dolor”: Con formato de diario, incluye una escala de respuesta tipo Likert con la siguiente gradación: 0= nada de dolor, 1= dolor ligero, 2= dolor medio, 3= dolor moderado, 4= dolor severo, 5= dolor muy severo y la pregunta: ¿ Cuánto dolor estás experimentando ahora?. El dolor se evalúa dos veces al día durante el periodo pos - quirúrgico. La puntuación se obtiene con la suma de los ítems que el niño puntúa por encima de dos.
2. Diario de la cefalea: En el caso específico de los dolores de cabeza, el autorregistro de la sintomatología del dolor es una parte importante de la evaluación,

pues permite obtener datos cuantitativos.

Existen también procedimientos psicológicos para el manejo del dolor, como son los tratamientos cognitivo- conductuales que han demostrado su eficacia en un gran número de niños.

El entrenamiento en relajación y respiración, las técnicas de distracción, las técnicas de visualización, la hipnosis y el manejo de contingencias son procedimientos terapéuticos utilizados con frecuencia para aliviar el dolor, a los que se añaden otras técnicas como la terapia musical o la realidad virtual.

5 Discusión-Conclusión

En este trabajo se presenta una revisión de los principales instrumentos para valorar el dolor en pacientes pediátricos. Existen numerosos instrumentos de medida que permiten recoger las respuestas cognitivas, comportamentales y psicofisiológicas que emite el paciente infantil ante el estímulo doloroso.

Actualmente, se dispone de excelentes medidas de autoinforme para niños de más de 5 años y buenos registros comportamentales para valorar el dolor agudo en niños que superan los dos años de edad. En la evaluación del dolor del paciente pediátrico se han de tener en cuenta una serie de consideraciones como, por ejemplo, evitar e la medida de lo posible basar la evaluación en una única escala. Al elegir un instrumento se debe valorar su adecuación metodológica y sus propiedades psicométricas, así como su adecuación al tipo de dolor que pretendemos medir.

En general, se sugiere utilizar las medidas psicofisiológicas en edades tempranas (hasta los 3 años) y a partir de esta ya se pueden utilizar métodos de autoinforme en combinación con observaciones estructuradas y registros psicofisiológicos. Cuando el paciente alcance los seis años, la fuente principal de datos será el autoinforme, completado esta información con la procedente de medidas conductuales y fisiológicas.

El dolor es una de las consecuencias principales del cáncer y de su tratamiento. Los niños enfermos de cáncer debe someterse a numerosos procedimientos médicos que consideran incluso más dolorosos que la propia enfermedad. Junto a los tratamientos farmacológicos del dolor, existen sencillos procedimientos psicológicos para reducir las sensaciones dolorosas del niño frente a la enfermedad o

los tratamientos médicos. Las técnicas de relajación y respiración, la distracción, las técnicas de visualización, el manejo de contingencias y la hipnosis han demostrado su eficacia en la reducción del dolor infantil. Existen además, intervenciones innovadores como la realidad virtual, que mediante la tecnología pretende desviar la atención del dolor.

6 Bibliografía

1. https://www.researchgate.net/publication/281593200_Instrumentos_de_evaluacion_del_dolor_en_pacientes_pediatricos_Una_revision_1_Parte
2. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000600005
3. http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909220343A/15147
4. https://www.researchgate.net/publication/242201607_ASPECTOS_MEDICOS_PSICOLOGICOS_Y_SOCIALES_DEL_CANCER_INFANTIL
5. http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2015/cmas151w.pdf
6. https://www.researchgate.net/publication/235343502_Funcionamiento_Psicosocial_e_intervenciones_psicologicas_en_ninos_con_cancer
7. https://www.researchgate.net/profile/Juan_Ortigosa/publication/242103670_Afrontamiento_psicologico_de_los_procedimientos_medicos_invasivos_y_dolorosos_aplicados_para_el_tratamiento_del_cancer_infantil_y_adolescente_la_perspectiva_cognitivo-conductual/links/558a87f108aee1fc9174ec54/Afrontamiento-psicologico-de-los-procedimientos-medicos-invasivos-y-dolorosos-aplicados-para-el-tratamiento-del-cancer-infantil-y-adolescente-la-perspectiva-cognitivo-conductual.pdf
8. http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=60
9. http://www.psicologia.ull.es/archivos/revista/ariculosripla2010/Intervenci%C3%B3n%20psicol%C3%B3gica%20en%20pacientes%20oncol%C3%B3gicos.pdf
10. https://www.elsevier.es/corp/

Capítulo 6

CHECK-LIST PREOPERATORIO

ALBA MIRANDA GARCIA

1 Introducción

Con el fin de reducir los eventos adversos evitables, el listado de verificación de los procedimientos quirúrgicos es una herramienta útil dentro de las intervenciones planteadas en la atención sanitaria en todo el mundo.

Para ayudar a los equipos quirúrgicos, fue necesario identificar una serie de controles de seguridad que puedan realizarse en cualquier quirófano mediante un programa de prácticas quirúrgicas seguras propuestas por la Organización Mundial de la Salud en el año 2007.

Para ayudar a los equipos quirúrgicos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el asesoramiento de cirujanos, anestesistas, enfermeros, expertos en seguridad para el paciente y pacientes de todo el mundo, ha identificado diez objetivos fundamentales para la seguridad del paciente que se han recogido en la ”Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía”. Esta lista tiene como objetivo reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre disciplinas clínicas.

2 Objetivos

Profundizar en los conocimientos y la utilidad de la lista de verificación quirúrgica (check-list).

3 Metodología

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

4 Resultados

La implantación de la lista de verificación quirúrgica, es una tarea ardua que requiere claridad de objetivos y empeño. La lista de verificación quirúrgica será más efectiva cuanto mayor sea la cultura de seguridad del centro o servicio en el que se haya implantado.

Entre las prácticas recomendadas para la prevención de eventos adversos, destaca la lista de verificación quirúrgica, un breve cuestionario que sin incrementar el gasto hospitalario, resulta accesible a todos los centros, es adaptable a las necesidades de cada uno de ellos y permite diferenciar si el origen de los eventos adversos reside en el factor humano o, por el contrario, obedece a falos técnico-sistémicos.

El check-list o lista de verificación quirúrgica es una herramienta con la que, además de garantizar la seguridad del paciente, se facilita la buena praxis por parte de los profesionales sanitarios. La prevención de eventos adversos en el área quirúrgica no solo disminuye la morbimortalidad de los pacientes, sino que disminuye el riesgo jurídico de los profesionales.

La iniciativa de la OMS pretende abordar cuestiones de seguridad importantes, como:
- Las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia.
- Las infecciones quirúrgicas evitables.
- La comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico.

Para su desarrollo, se definieron cuatro áreas de trabajo en materia de: prevención de infecciones de la herida quirúrgica, seguridad de la anestesia, seguridad de los grupos quirúrgicos y medición de los servicios quirúrgicos. Posteriormente, se publicaron 9 objetivos básicos a cumplir en cualquier procedimiento quirúrgico:

- El equipo quirúrgico verifica que va a opera al paciente correcto en el sitio anatómico correcto.
- El equipo utiliza métodos reconocidos para prevenir daños derivados de la administración de anestésicos, mientras protege al paciente del dolor.
- El equipo se preparará eficazmente para una posible situación de pérdida de control de vía aérea y/o función respiratoria que amenace la vida del paciente, y reconocerá estas situaciones.
- El equipo se preparará y reconocerá situaciones que impliquen una potencial pérdida considerable de sangre del paciente.
- El equipo conocerá y estará preparado para cualquier reacción alérgica a fármacos o material que conoce suponen un riesgo vital para el paciente.
- El equipo se mantendrá alerta para evitar el depósito accidental de instrumental quirúrgico o compresas en el paciente.
- El equipo guardará e identificará con precisión todas las muestras quirúrgicas.
- Los miembros del equipo mantienen una adecuada comunicación e intercambian datos críticos para una conducta segura durante la operación.
- Los hospitales y sistemas públicos de salud establecerán vigilancia sistemáticas de la capacidad quirúrgica, volumen y resultados en los mismos.

5 Discusión-Conclusión

Se ha demostrado que su uso se asocia a una reducción significativas de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales y entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas.

6 Bibliografía

1. http://scielo.isciii.es
2. http://scielo.sld.cu
3. http://apps.who.int

Capítulo 7

INFLUENCIA DEL ESMALTE DE UÑAS EN LOS VALORES DE SATURACIÓN DE OXÍGENO EN PACIENTES SOMETIDOS A PULSIOXIMETRÍA

OLGA LOPEZ LONGEDO

MARIA ELIAZAR GARCIA MARTINEZ

1 Introducción

Tradicionalmente se ha considerado que el esmalte de uñas puede absorber luz emitida por los pulsioxímetros e interferir en la detección y medida de la hemoglobina oxigenada. Mediante la realización de una revisión sistemática se ha pretendido evaluar la influencia del esmalte de uñas en los valores de saturación de oxígeno (SpO2) en pacientes sometidos a pulsioximetría.

2 Objetivos

- Evaluar el efecto del esmalte de uñas sobre los valores de la pulsioximetría.
- Describir qué colores afectan en mayor medida.

3 Metodología

Tipo de investigación: revisión bibliográfica.
- Bases de datos: Lilac, Cuiden, Enfispo, Scielo, Dialnet, Pubmed y Cuidagte.

- Palabras clave: pulsioximetría, esmalte de uñas, nail y oximetry.
- Operador booleano: “AND”.
- Idiomas: inglés y español.
- Años: del 2016 al 2020.

4 Resultados

Se ha realizado un análisis de cuatro estudios experimentales con revisión de otros artículos además de una revisión bibliográfica. Respecto a la edad participantes, ésta se ha situado en un amplio rango (jóvenes-edad avanzada). Los tipo de pacientes incluidos en el estudio han sido sanos excepto 2 en dos estudios, cuyos pacientes padecían enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y sanos sometidos a hipoxia.

Para llevar a cabo la medición de Spo2 los pacientes debían estar en reposo salvo en un estudio que mide también la Spo2 en ejercicio. En cuanto a la marca del pulsioxímetro empleado para las pruebas, todos son validados pero diferente marca en cada estudio.

AL medir la Spo2 previo esmalte no se encontraron diferencias significativas entre dedo control y dedos empleados para el estudio. En cuanto al a los colores de esmalte de uñas estudiados, hay multitud de resultados. Los más destacados son: rojo, verde claro, verde oscuro, azul claro, azul oscuro, negro, rosa, blanco, metálico, marrón, base, púrpura, naranja, amarillo.

Se encuentran por tanto diferencias estadísticamente significativas en disminución de los valores de Spo2 en uñas esmaltadas respecto al grupo control: hay heterogeneidad de resultados tanto positivos como negativos.
- Colores con mayores diferencias estadísticas: tonos oscuros (marrón, negro, azul oscuro, púrpura).
- Relevancia en la práctica clínica: homogeneidad en los resultados. Bajos niveles SPo2 < 2% (mismo margen error asumido por fabricante en el dispositivo). No afectación a nivel clínico.

5 Discusión-Conclusión

Las variaciones en los valores de Spo2 en pacientes con uñas pintadas no resultan clínicamente relevantes pero como algunos colores generan una pequeña alteración estadísticamente significativa es aconsejable retirar el pintauñas si la

situación lo permite al ser un proceso rápido y sencillo. Es necesario realizar más investigación sobre el tema ampliando la muestra e incluyendo pacientes enfermos cuyas características pueden variar los resultados.

6 Bibliografía

1. Severinghaus JW, Astrup PB. History of blood gas analysis. VI. Oximetry. J Clin Monit. 1986;2:270-88.
2. Tozzetti C, Adembri C, Modesti PA. Pulse oximeter, the fifth vital sign: a safety belt or a prison of the mind? Intern Emerg Med. 2009;4:331-2.
3.Jovell AJ, Navarro Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc.). 1995;105:740-3.
4. Brand TM, Brand ME, Jay GD. Enamel nail polish does not interfere with pulse oximetry among normoxic volunteers. J Clin Monit Comput. 2002;17:93-6.
5. Chan MM, Chan MM, Chan ED. What is the effect of fingernail polish on pulse oximetry? Chest. 2003;123:2163-4.
6. Miyake MH, Diccini S, Bettencourt ARC. Interference of nail polish colors and time on pulse oximetry in healthy volunteers. J Pneumol.
2003;29:386-90.
7. Hinkelbein J, Genzwuerker HV, Sogl R, Fiedler F. Effect of nail polish on oxygen saturation determined by pulse oximetry in critically ill patients. Resuscitation. 2007;72:82-91.
8. Rodden AM, Spicer L, Diaz VA, Steyer TE. Does fingernail polish affect pulse oximeter readings. Intensive Crit Care Nurs. 2006;23:1-5.
9.Yamamoto LG, Yamamoto JA, Yamamoto JB, Yamamoto BE, Yamamoto PP. Nail polish dose not significantly affect pulse oximetry measurements in mildly hypoxic subjects. Respir Care. 2008;53:1470-4.

Capítulo 8

DOLOR EN EL PACIENTE POST-QUIRÚRGICO EN LA UNIDAD DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y HOSPITALIZACIÓN

OLGA LOPEZ LONGEDO

MARIA ELIAZAR GARCIA MARTINEZ

1 Introducción

El dolor constituye un grave problema de salud en todo el mundo ya que no es sólo una desagradable sensación física, sino que también implica aspectos psicológicos, espirituales y sociales. Por ello, es de especial importancia conocer cómo interfiere el dolor en sus vidas, tanto que se le ha conocido recientemente como el quinto signo vital. Es en las unidades de cuidados intensivos y hospitalización, donde los pacientes refieren que el dolor les supone una gran preocupación y aunque es en estas unidades donde están más controlados y los problemas que pueden aparecer tras la administración de analgésicos pueden ser solucionados, es donde se repite como principal diagnóstico el (00132) dolor agudo, según taxonomía NANDA. A pesar del continuo progreso, el tratamiento eficaz del dolor sigue siendo uno de los problemas más importantes de asistencia sanitaria.

2 Objetivos

- Conocer cómo evaluar la percepción del dolor de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos (UCI) así como en el resto de unidades de hospitalización, ayudándolos a disminuir el sufrimiento durante su estancia hospitalaria.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de publicaciones relacionadas con el dolor en pacientes postquirúrgicos a través de una serie de bases de datos científicos utilizando descriptores como: dolor, postintervención, reanimación, hospitalización y EVA.

4 Resultados

El manejo del dolor postoperatorio continúa siendo un gran desafío para los profesionales de enfermería. Un correcto registro informático disminuye las complicaciones que pueden surgir de un mal manejo del dolor. Seguir una pauta farmacológica adecuada ayuda a reducir el dolor de los pacientes. Mediante la Escala Visual Analógica (EVA) podemos observar una mejora en el control del dolor en pacientes conscientes y orientados, proporcionándoles unos cuidados integrales.

5 Discusión-Conclusión

Registrar el dolor como otra constante clínica más en la historia del paciente y reducir el dolor del paciente hospitalizado elaborando protocolos acerca del manejo del dolor adaptados a cada unidad.

6 Bibliografía

1. Humble SR1, Dalton AJ, Li L. A systematic review of therapeutic interventions to reduce acute and chronic post-surgical pain after amputation, thoracotomy or mastectomy. Eur J Pain. 2015 Apr; 19(4):451-65.
2. Rawal, N. Current issues in postoperative pain management. Eur J Anaesthesiol. 2016 Mar;33(3):160-71.
3. Correll DJ, Vlassakov KV, Kissin I. No evidence of real progress in treatment of acute pain, 1993-2012: scientometric analysis. J Pain Res. 2014 Apr 11;7:199-210.

4. S Sjövall et al. Laparoscopic Surgery: A Narrative Review of Pharmacotherapy in Pain Management. Drugs 75 (16), 1867-1889. 11 2015.
5. Ghoneim & O´Hara, MM, O'Hara MW. Depression and postoperative complications: an overview. BMC Surg. 2016 Feb 2;16:5.
6. Gerbershagen HJ, Aduckathil S, van Wijck AJ, Peelen LM, Kalkman CJ, Meissner W. Pain intensity on the first day after surgery: a prospective cohort study comparing 179 surgical procedures. Anesthesiology. 2013 Apr;118(4):934-44.
7. Kalso, E. Persistent postsurgery pain: research agenda for mechanisms, prevention, and treatment. Br J Anaesth 2013; 111:9–12.
8. Werner & Kongsgaard, 2014 MU, Kongsgaard UE. Defining persistent postsurgical pain: is an update required? Br J Anaesth 2014; 113:1–4.

Capítulo 9

PROCESO Y ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON POSIBLE DIAGNÓSTICO DE MIASTENIA GRAVIS

SONIA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

BEATRIZ IBAÑEZ ANDRÉS

MARÍA BELÉN ORTUÑO MARTÍNEZ

PABLO VIDAL NAVARRO

ALEJANDRA QUESADA NAVARRO

1 Introducción

En este caso clínico hace referencia a una enfermedad crónica y gran desconocida por la mayoría de la población general como es Miastenia Gravis (MG) trastorno inmune de la transmisión neuromuscular que afecta a la producción de anticuerpos principalmente contra la acetilcolina. La Incidencia actual es de 8-10 casos nuevos/1,000.000 habitantes /año y una prevalencia de 150-250 por millón de habitantes.

Se trata de una enfermedad que afecta tanto a hombres como a mujeres a cualquier edad, la incidencia en los mayores de 60 años es mayor que en jóvenes. Se trata de una enfermedad rara por su prevalencia. MG se trata de una perdida de

fuerza parcial o generalizada, normalmente la debilidad aumenta con el ejercicio físico y disminuye con los periodos de descanso.

2 Objetivos

- Dar a conocer y resolver dudas que se nos presentan cuando nos encontramos con pacientes que presentan este tipo de enfermedad crónica.
- Poder reconocer sintomatología y ofrecer recursos disponibles.

3 Caso clínico

Mujer de 34 años, que acude a la puerta de urgencias por presentar ptosis de ojo izquierdo, refiere no AMC, con presencia de cansancio los últimos días, pérdida de fuerza y afonía.

Consciente y orientada, normo-hidratada y normo-coloreada. PA: 130/80, FC: 84 Tº:36,1.Abdomen blando y depresible, no dolor a la palpación.

Medición de constantes vitales,análisis de orina y sangre (con hallazgos significativos TRH disminuida y TSH elevada) exploración neurológica dentro de la normalidad.

Antecedentes personales: no cirugías previas, seguida por endocrino por presentar hipotiroidismo autoinmune actualmente en tratamiento con tirodril 5 mg (1/día).

Se decide ingreso para realización de pruebas complementarias. Se realiza analítica complementaria con marcadores anticuerpos acetilcolina (unión neuromuscular) donde se observa alteración de los mismos, tras observación de resultados se sospecha de posible miastenia gravis ocular, por lo que se inicia tratamiento con Mestinon (1-1-1) (piridostigmina) e iniciación de pauta corticoide ,se pide realización de RM Craneal+Órbitas+Torácica, comprobando que los resultados estaban dentro de los límites de la normalidad excepto restos tímicos en tórax.

Tras la acogida de datos y valoración según la valoración de 14 necesidades básicas según Virginia Henderson:
- Necesidades de respirar: fumadora ocasional de 1-2 cigarrillos al día,a su ingreso vías permeables , ritmo y profundidad normal, eupneica.

- Necesidades de nutrición e hidratación: a su ingreso pesa 53 kg y mide 160 cm. Buen aspecto de piel y mucosas, sigue alimentación equilibrada. No intolerancias alimentarias.
- Necesidad de eliminación: ritmo intestinal normal, aunque manifiesta periodos de alteración en el ritmo,eliminación urinaria normalidad.
- Necesidad de movimiento: Autónoma, realiza actividad física moderada (trail montaña y gimnasio 2-3 veces a la semana).
- Necesidad de descanso-sueño: sueño reparador 8 horas diarias , desde el ingreso se despierta varias veces y cuesta conciliar el sueño.
- Necesidad de vestirse desvestirse: utiliza ropa cómoda,independiente.
- Necesidad termorregulación: afebril.
- Necesidad de higiene y protección de la piel: aspecto limpio y aseado, ducha diaria, higiene bucal 3 veces/día. Portadora de vía periférica 20G MS D.
- Necesidad de comunicarse: se define como una persona alegre y extrovertida. Se encuentra preocupada por el proceso y refiere intranquilidad al posible diagnóstico.
- Necesidad de vivir según sus creencias y valores: católica-practicante.
- Necesidades de trabajo y realización: activa y con aspiraciones de superación para seguir creciendo dentro de su negocio.
- Necesidad de jugar /actividades recreativas: aprovecha los fines de semana para salir a la montaña con sus compañeros de grupo de trail, le encanta la gastronomía y visitar nuevos lugares, también monta en bici y se deja sorprender por actividades nuevas.
- Necesidades de aprendizaje: muestra gran interés por todo lo que está ocurriendo, interesándose por información recibida por el equipo multidisciplinar.
‘

Problemas interdependientes de MG:
- Objetivos: detección precoz de sintomatología.
- Actividades: control de constantes vitales, control en administración de medicación, observar el reposo del paciente , ofreciendo nuestros servicios, proporcionar al paciente medidas contra la fatigabilidad muscular realizando movimientos pasivos, observación durante comida (posible dificultad tragar).

Diagnósticos enfermeros:
1. Temor relacionado con desconocimiento del desenlace manifestado por dificultad conciliar el sueño.
- Objetivos: el paciente identificará las formas para enfrentarse al temor.

- Actividades: valorar nivel del temor, explicar paciente con lenguaje claro y sencillo su proceso,mostrar actitud empática y tranquila para facilitar expresión de sentimientos.

2. Ansiedad relacionada con el estado de salud manifestado por insomnio.
- Objetivos: el paciente identificará recursos disponibles para disminuir la ansiedad.
- Actividades: analizar recursos y proporcionar información clara y veraz, ser flexibles a situaciones de alta reactividad , controlar periodos de descanso y proporcionar medidas de confort.

3. Riesgo de soledad relacionado con aislamiento social y físico objetivos: interacción con familia y realiza actividades de ocio.
- Actividades: proporcionar a familiares información sobre complicaciones, manejo de síntomas e recursos para ser atendidos en cualquier fase de la enfermedad.

Paciente recibe el alta con normalización ocular, disminución de la fatiga muscular.
En seguimiento por Neurología con pruebas complementarias pendientes de electromiografía, análisis de sangre general y anticuerpos (AChR, MUSK, LRP4).

Recomendaciones: actividad física moderada, disminuyendo la actividad pero no favorecer el abandono, la actividad física es beneficiosa para disminuir la fatiga, disminuye el riesgo cardiovascular, aumenta la fuerza y equilibrio), alimentación equilibrada, descanso tras ejercicio, evitar posibles fármacos (aminoglucósidos, anestésicos, betabloqueantes, relajantes musculares). Cualquier síntoma o empeoramiento acudir en busca de atención médica.

4 Discusión-Conclusión

Gran importancia del conocimiento de esta enfermedad rara, se trata de que los profesionales puedan atender al paciente con gran conocimiento y control de exacerbaciones (recaídas), se trata de un abordaje multidisciplinar en la que se ve involucrado diferentes profesionales como enfermería, fisioterapia, farmacología, trabajo social, psicología, odontología, neurología y medicina preventiva.

La MG es una enfermedad crónica (no degenerativa), con gran carga emocional, social y física. Afecta a proceso evolutivos, como embarazo, procesos odontológi-

cos e infecciones, por lo que hay que tener un control exhaustivo y prevención a situaciones de gran carga emocional que puede producir recaídas.

Otro apartado muy importante es las crisis miasténica, las cuales si el paciente no es atendido en condiciones de brevedad y seguras corre peligro su vida, es una debilidad respiratoria aguda causada por debilidad de los músculos respiratorios, es precipitada por mal control de la enfermedad, medicamentos, infecciones o estrés. Se presenta de forma más o menos brusca de disnea progresiva y ortopnea. Se acompaña con nerviosismo y crisis de pánico. Realizar diagnóstico diferencial con crisis colinérgica (aumento de dosis).

Entre los fármacos que pueden exacerbar la enfermedad(especial cuidado), cabe destacar: D- penicilamina, bloqueadores de los canales de calcio, telitromicina ,beta bloqueadores, curare y fármacos relacionados, litio, toxina botulínica,agentes de contraste yodados , aminoglucósidos, estatinas, macrólidos, interferón alfa, sales de magnesio (magnesio intravenoso) quinina, quinidina, procainamida.

El diagnóstico debe basarse en los antecedentes de debilidad fluctuante, con hallazgos que lo corroboran durante la exploración. Existen diversas formas de validar o confirmar el diagnóstico clínico.
1. Prueba de edrofonio (tensilon).
2. Anticuerpos antirreceptor de acetilcolina (anti-acetilcolinaR).
3. Anticuerpos anti tirocinasa músculo específicos (MuSK).
4. Electrofisiología.

5 Bibliografía

1. Merggioli M, Sanders D. Autoimmune myasthenia gravis: emerging clinical and biological heterogeneity. Lancet Neurol 2009;8:475-490.
2. Brodsky M, Smith J. Exacerbation of myasthenia gravis after tourniquet release. Journal of Clinical Anesthesia 2007; 19:543-545.
3. Sanders D. A trial of mycophenolate mofetil with prednisone as initial immunotherapy in myasthenia gravis. Neurology 2008;71:394-399.
4. Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros y clasificación 2015-2017. Elsevier,2015.
5. Carpenito LJ. Manual de diagnósticos de Enfermería. 5ºed.interamericana Mc Graw-hill,1998.

Capítulo 10

PLAN DE CUIDADOS EN HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA

MARTA MORÁN MERCHANTE

GALADRIEL RUIZ VILLALTA

1 Introducción

Ante la complejidad del paciente pediátrico siempre es necesario establecer un plan de cuidados estandarizado.

2 Objetivos

Realizar un plan de cuidados estandarizado y de calidad para un niño ingresado en la planta de pediatría.

3 Caso clínico

Varón de 9 años que es llevado al servicio de urgencias por sus padres. Presenta dolor de garganta y fiebre de varios días de evolución que no ha cedido con el tratamiento antibiótico. También refiere dolor en la axila derecha, donde dice la madre que le toca como un bulto doloroso a la palpación para el niño. En la exploración encontramos los siguientes datos:
- Consciente y orientado.
- Temperatura: 38.8ºC.
- Frecuencia cardíaca: 118lpm.

- Inflamación bilateral de los ganglios del cuello.

Ingresa en observación y se realiza extracción sanguínea para análisis. El paciente es diagnosticado de mononucleosis infecciosa e ingresa en planta.

Tras realizar la valoración a través de los dominios de la NANDA podemos destacar los siguientes diagnósticos.

1. 00007 Hipertermia.
- NOC: Termorregulación (0800)
- NIC: regulación de la temperatura (3900).
- Tratamiento de la hipertermia (3786).
- Actividades: comprobar la temperatura al menos una vez por turno y administración de antitérmicos.

2. 00092 Intolerancia a la actividad.
- NOC: Tolerancia a la actividad (0005).
- NIC: manejo de la energía (0180).
- Actividades: determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo; y seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas según proceda.

3. 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.
- NOC: estado nutricional (1004).
- NIC: monitorización de líquidos (4130).
- Actividades: control de líquidos y diuresis; y fomentar la adecuada ingesta de líquidos.

4. 00097 Déficit de actividades recreativas.
- NOC: adaptación del niño a la hospitalización (1301); y participación en actividades de ocio (1604).
- NIC: disminución de la ansiedad (5820); y terapia de entretenimiento (5360).
- Actividades: explicar al niño las técnicas que se le realizarán acorde a su edad e incluir al niño en la planificación de las actividades recreativas.

5. 00060 Interrupción de los procesos familiares.
- NOC: Adaptación del cuidador principal al ingreso del niño en un centro sanitario (2200) y normalización de la familia (2604).
- NIC: mantenimiento de procesos familiares (7130); apoyo a la familia (7140); fomentar el desarrollo: niños (8274).

- Actividades: enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados, escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia, y desarrollar una relación de confianza con el niño.

6. 00132 Dolor agudo.
- NOC: control del dolor (1605).
- NIC: administración de medicación (2300) y manejo del dolor (1400).
- Actividades: realizar valoración del dolor a través de escala EVA y seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.

4 Discusión-Conclusión

En nuestra práctica cotidiana es importante trabajar con planes de cuidados con lenguaje estandarizado para dar una mejor calidad y seguridad asistencial a nuestros pacientes.

5 Bibliografía

1. Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Ed. España: Elsevier; 2015.
2. Moorhead, S; Johnson, M.; Maas, M.L.; Swanson, E. Clasificación de Resultados de enfermería (NOC). 6ª Ed. España: Elsevier; 2018.
3. Butcher, H.; Bulechek, G.; Dochterman, J.M.; Wagner, C. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7ª Ed. España: Elsevier; 2018.

Capítulo 11

APLICACIONES DE LA DEXMEDETOMIDINA EN LAS UNIDADES DE REANIMACIÓN

MARIA ELIAZAR GARCIA MARTINEZ

OLGA LOPEZ LONGEDO

1 Introducción

Actualmente, el uso de la dexmedetomidina en España y otros países europeos se ha ensalzado. Este fármaco es considerado como una de las tendencias de sedoanalgesia en el paciente crítico. La Dexmedetomidina tiene propiedades analgésicas y sedantes sin producir depresión respiratoria. Es capaz de inducir un nivel de sedación y permitir al paciente mantener los ojos abiertos y comunicarse verbalmente.

2 Objetivos

Identificar los beneficios e inconvenientes de la Dexmedetomidina en el paciente crítico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El uso de la dexmedetomidina es individualizada para cada paciente. Las dosis deben estar adaptadas según el estado del paciente y al objetivo final que se pretenda alcanzar. Su uso presenta múltiples ventajas, entre ellas: la menor aparición de delirio, evita la sobresedación, favorece el destete, mantiene al paciente sin un estado de agitación y facilita la comunicación con él, etc. Como inconvenientes que se pueden considerar podemos destacar el hecho de que su uso no está indicado en pacientes con un estado hemodinámico inestable, ni tampoco en aquellos pacientes a los que se pretenda mantener con sedación profunda.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de sus múltiples ventajas faltan estudios e información sobre el manejo de la Dexmedetomidina en el paciente crítico. El hecho que sea un fármaco no recomendado en pacientes hemodinámicamente inestables, una condición que se da frecuentemente en las unidades de cuidados intensivos (UCI), hace que muchos intensivistas recurran al uso de otros sedantes y analgésicos para mantener al paciente en sedación profunda.

La dexmedetomidina parece tener aplicaciones futuras promisorias en las áreas de neuroprotección, cardioprotección y renoprotección. Aunque de todas formas, son necesarios más estudios detallados para definir su rol como sedativo en los enfermos críticos, neuroquirúrgicos y pediátricos, como adyuvante en la anestesia y como sedativo durante los procedimientos.

6 Bibliografía

1. Carollo DS, Nossaman BD, Ramadhyani U – Dexmedetomidine: a review of clinical applications. Curr Opin Anaesthesiol 2008;21:457- 461.
2. Venn RM, Bradshaw CJ, Spencer R et al. – Preliminary UK experience of dexmedetomidine, a novel agent for postoperative sedation in the intensive care unit. Anaesthesia 1999;54:1136-1142.

3. Panzer O, Moitra V, Sladen RN – Pharmacology of sedative-analgesic agents: dexmedetomidine, remifentanil, ketamine, volatile anesthetics, and the role of peripheral mu antagonists. Crit Care Clin 2009;25:451-469.
4. Gertler R, Brown HC, Mitchell DH et al. – Dexmedetomidine: a novel sedative-analgesic agent. Proc (Bayl Univ Med Cent) 2001;14:13-21.
5. Clarke KW, Hall LW – "Xylazine" – a new sedative for horses and cattle. Vet Rec 1969;85:512-517.
6. Coursin DB, Coursin DB, Maccioli GA – Dexmedetomidine. Curr Opin Crit Care 2001;7:221-226.

Capítulo 12

ERRORES DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

MARIA ELIAZAR GARCIA MARTINEZ

OLGA LOPEZ LONGEDO

1 Introducción

Actualmente, la diversidad que existe en relación al uso de los medicamentos es cada vez mayor, sobre todo en hospitales, y como consecuencia se han incrementado los errores de medicación. Los profesionales sanitarios son los principales implicados, por lo que cabe destacar la importancia de conocer cuáles son los principales errores cometidos, sus causas, el servicio hospitalario en el que con más frecuencia ocurren y así pues, poder establecer una serie de estrategias con el fin de aumentar la calidad asistencial.

2 Objetivos

- Establecer los tipos de errores producidos por parte del personal de enfermería en el ámbito hospitalario.
- Analizar los factores implicados en los errores de medicación.

3 Metodología

Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos que estudian los factores que inciden en los errores de medicación, en bases de datos especializadas

de ciencias de la salud, y en páginas web con certificado de calidad de asociaciones científicas y organizaciones de reconocido prestigio, utilizando una serie de criterios de inclusión y exclusión analizando finalmente 13 publicaciones.

4 Resultados

Los errores de medicación siempre han estado presentes en el trabajo de los profesionales sanitarios. Hemos podido observar la gran cantidad de errores identificados que han sido provocados por profesionales de enfermería. Los tipos de errores de medicación que con mayor frecuencia se han cometido han sido los relacionados con los " 5 correctos de la administración de los medicamentos". No obstante cabe destacar la gran sobrecarga de trabajo a la que se ven sometidos los profesionales sanitarios, junto con las interrupciones y/o distracciones, y la falta de comunicación siendo éstos los factores que más contribuyen a la producción de errores.

5 Discusión-Conclusión

Las Instituciones Sanitarias deben establecer estrategias para evitar errores en la medicación y así contribuir a mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

6 Bibliografía

1. Makary MA, Daniel M. Medical error-the third leading cause of death in the US. BMJ. 2016;353:2139.
2. http://www. msssi.gob.es/eu/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ excelencia/opsc_sp2.pdf
3. Vinen J. Incident monitoring in emergency departments: an Australian model. Acad Emerg Med. 2000;7(11):1290–7.
4. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. Emergencias. 2010;22(6):415–28.
5. Caterino JM, Emond JA, Camargo CA. Inappropriate Medication Administration to the Acutely Ill Elderly: A Nationwide Emergency Department Study, 1992-2000. J Am Geriatr Soc. 2004;52(11):1847–55.

6. Chin MH, Wang LC, Jin L, Mulliken R, Walter J, Hayley DC, et al. Appropriateness of medication selection for older persons in an urban academic emergency department. Acad Emerg Med. 1999;6(12):1232–42.
7. Pham JC, Story JL, Hicks RW, Shore AD, Morlock LL, Cheung DS, et al. National Study on the Frequency, Types, Causes, and Consequences of Voluntarily Reported Emergency Department Medication Errors. J Emerg Med. 2011;40(5):485–92.

Capítulo 13

USO DE CITOSTÁTICOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

MARIA ELIAZAR GARCIA MARTINEZ

OLGA LOPEZ LONGEDO

1 Introducción

Los medicamentos citostáticos son sustancias químicas que se utilizan principalmente para tratar enfermedades neoplásicas. Muchos de estos medicamentos tienen propiedades vesicantes e irritantes por lo que el personal que los maneja debe ser cualificado.

2 Objetivos

-Evitar los riesgos ocupacionales.
-Garantizar la seguridad del paciente al limitar los posibles errores de medicación en las distintas fases del circuito.

3 Metodología

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

4 Resultados

La preparación es el procedimiento en el que a partir de unos productos farmacológicos se obtiene una disolución o preparación de citostáticos en condiciones óptimas para ser administrados al paciente. Este proceso se realiza en una cámara de flujo laminar (de clase II A2) son necesarias para evitar el alcance entre el personal que lo prepara y el agente citostático. El personal deberá lavarse las manos correctamente y el uso de bata estéril impermeable, guantes estériles y mascarilla.

A la llegada del medicamento y antes de su administración hay que comprobar los datos del envase que sean iguales a los prescritos así como la identidad y habitación del paciente sean las correctas. El personal a de ir provisto de bata y guantes. La mayoría de los pacientes tienen colocado un reservorio debido a que los ciclos de quimioterapia suelen ser numerosos, de no ser así hay que seleccionar una vena adecuada, evitando el dorso de la mano y zonas de flexión. Antes de iniciar el tratamiento hay que comprobar la integridad de la vena. Si una vez comenzada la infusión hay duda de extravasación finalizar la administración y canalizar otra vía.

5 Discusión-Conclusión

Es importante en el ámbito de la enfermería conocer los pasos a seguir en la preparación y administración de agentes citostáticos debido a los riesgos elevados que hay en caso de un mal procedimiento.

Es necesario establecer un programa de formación debidamente estructurado y que cubra aspectos como: riesgos potenciales de estos medicamentos, normas de manipulación y medidas de protección, actuación ante contaminaciones, etc. El programa estará adaptado al trabajo propio de cada puesto de trabajo. En este sentido hay que tener en cuenta no solamente el personal implicado en la preparación y administración sino también el encargado del almacenamiento, transporte y limpieza.

6 Bibliografía

1. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Consultado el 8 de octubre de 2019, en https://www.aemps.gob.es

2. Drug Distribution and Control: Preparation and Handling–Guidelines. Concultado el 8 de octubre de 2019, en https://www.ashp.org
3. Mateu J, Massó-Muniesa J, Clopés A, Ódena E, Trullàs M. Consideraciones en el Manejo de la Extravasación de Citostáticos. Farm Hosp. 1997; 21 (4): 187-194.
4. Gamundi MC, coord.. Medicamentos Citostáticos. 3ª edición. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2003.
5. Manual de recomendaciones para la manipulación de medicamentos citostáticos. Marzo 2002. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Son Dureta.
6. Agentes Citostáticos. Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud; 2003.
7. www.cancercare.on.ca/index.htm.

Capítulo 14

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON FRACTURA DIAFISARIA DE FÉMUR

MARTA MORÁN MERCHANTE

GALADRIEL RUIZ VILLALTA

1 Introducción

Dado que en la planta de pediatría se encuentran casos de fracturas de fémur con tracciones al cénit es necesario tener bien implantado un plan de cuidados de acuerdo a la edad del paciente y a su situación.

2 Objetivos

- Describir el plan de cuidados realizado a un paciente pediátrico con fractura de fémur con una tracción al cénit.
- Identificar precozmente posibles complicaciones derivadas de las tracciones.
- Individualizar intervenciones adaptadas al paciente unificando actividades y criterios enfermeros.

3 Caso clínico

Niño de 20 meses que ingresa en planta procedente de urgencias a cargo de traumatología por fractura diafisaria de fémur derecho. En urgencias se coloca tracción de partes blandas al cénit con 2kilogramos de peso.

A su llegada a planta se realiza valoración de enfermería a través de los dominios de la NANDA y se abre el siguiente plan de cuidados con los siguientes diagnósticos mencionados a continuación.

Déficit de actividades recreativas r/c entorno desprovisto de actividades recreativas.
- NOC: participación en actividades de ocio. Indicador: expresión satisfacción actividades ocio.
- NIC: terapia de entretenimiento.
- Actividades: elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales y comprobar la respuesta emocional y física a la actividad recreacional.

Riesgo de disfunción neurovascular r/c fractura y colocación de tracción blanda.
- NOC: control del riesgo. Indicador: reconoce los factores de riesgo personales.
- NIC: cuidados de la tracción/inmovilización y precauciones circulatorias.
- Actividades: mantener la tracción blanda, vigilar edemas, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad.

Deterioro de la movilidad física r/c prescripción de restricción de movimientos m/p colocación de tracción blanda.
- NOC: movilidad. Indicador: mantenimiento de la posición corporal.
- NIC: vigilancia de la piel, manejo de presiones.
- Actividades: observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje e la piel y las mucosas; escala de Braden c/24h; colocar al paciente sobre un colchón/cama terapéutica; y observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de continuidad de la piel.

Riesgo de estreñimiento r/c actividad física insuficiente.
- NOC: eliminación intestinal. Indicador: facilidad de eliminación de las heces.
- NIC: manejo del estreñimiento/impactación y entrenamiento intestinal.
- Actividades: vigilar aparición de signos y síntomas de estreñimiento; fomentar la ingesta de líquidos; control de deposiciones; y proporcionar dieta rica en fibra.

Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos (fractura, tracción) m/p llanto e irritabilidad.
- NOC: nivel del dolor. Indicador: dolor referido.
- NIC: administración de analgésicos y manejo ambiental: confort.
- Actividades: evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposos; ajustar la iluminación; y controlar y evitar ruidos indeseables o excesivos.

4 Discusión-Conclusión

El manejo de un plan de cuidados estandarizado orienta la actividad enfermera ante estos pacientes, permitiendo así la prevención y detección precoz de complicaciones que puedan aparecer, proporcionando unos cuidados de calidad basados en la evidencia.

5 Bibliografía

1. Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Ed. España: Elsevier; 2015.
2. Moorhead, S; Johnson, M.; Maas, M.L.; Swanson, E. Clasificación de Resultados de enfermería (NOC). 6ª Ed. España: Elsevier; 2018.
3. Butcher, H.; Bulechek, G.; Dochterman, J.M.; Wagner, C. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7ª Ed. España: Elsevier; 2018.

Capítulo 15

ECOCARDIOGRAFÍA DE ESFUERZO EN EL SEXO FEMENINO.

LARA HUERTA ROCES

1 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de muerte en la mujer. La ecocardiografía emplea ondas sonoras que permiten obtener una imagen animada del corazón. Las ondas sonoras se transmiten por el cuerpo por medio de un transductor, que es un aparato parecido a un micrófono. Las ondas sonoras rebotan del corazón y vuelven al transductor en forma de ecos. Los ecos se convierten en señales eléctricas que producen una imagen uni, bi o tridimensional del corazón que puede observarse en una pantalla de televisión. La ecocardiografía de esfuerzo permite examinar el movimiento de las paredes de las cavidades de bombeo del corazón, antes y después del ejercicio. La prueba permite determinar si ciertas regiones del músculo cardíaco no reciben suficiente sangre rica en oxígeno.

La detección incruenta de la enfermedad arterial coronaria (EAC) en la mujer supone un reto por múltiples motivos. Para un perfil determinado de edad y factor de riesgo, la prevalencia de la EAC en la mujer es menor que en el hombre. Las mujeres también tienden a presentar síntomas atípicos iniciales, y la sensación de isquemia puede ser diferente en ellas. Las mujeres suelen tener más edad en el momento del diagnóstico, y las enfermedades asociadas con la edad también afectan de manera adversa a la utilidad de las pruebas no invasoras.

Las influencias del sistema nervioso autónomo y hormonales también interfieren en la respuesta ECG al ejercicio en las mujeres. Por ejemplo, en éstas puede haber

una liberación inapropiada de catecolaminas durante el ejercicio. Además, los estrógenos tienen semejanzas moleculares con la digital y pueden causar una respuesta ECG falsa positiva de tipo digitálico. Además el prolapso de la válvula mitral y el síndrome X, que son más prevalentes en las mujeres, también contribuyen a las respuestas ECG anormales en ausencia de una estenosis angiográfica de la arteria coronaria.

El ECG con ejercicio estándar es la prueba incruenta que se utiliza con mayor frecuencia, y la menos costosa par a la evaluación de una isquemia inducible.

2 Objetivos

- Detectar pacientes de alto riesgo.
- Comparar los resultados tanto en hombres como en mujeres.
- Comparar la ecocardiografía con ejercicio mediante cinta rodante y con pedaleo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se considera preciso dividir clínicamente a los pacientes en categorías de baja, moderada o alta probabilidad de EAC basándose en los síntomas, la edad y los factores de riesgo cardiovascular. En mujeres, esto debe hacerse antes de la prueba diagnóstica para la evaluación del dolor torácico. En las que tienen una baja probabilidad (menos del 20%) de EAC, la prueba no invasora puede dar resultados falsos positivos, y debe evitarse. Por otra parte, en las mujeres con una probabilidad de enfermedad muy alta(más de 80 ó 90%) puede ser mejor pasar directamente al cateterismo. En la práctica clínica real, la mayoría de ellas pertenece al grupo de riesgo moderado (entre el 20 y el 80%). Estas mujeres deben ser evaluadas más en detalle, pero por el momento es inseguro cuál sea el tipo de prueba más adecuado para ello.

Muchos expertos piensan que las mujeres con una probabilidad intermedia de enfermedad deberían ser sometidas a electrocardiografía con ejercicio sin imagen nuclear o ecocardiográfica, a menos que estén presentes algunas características clínicas específicas (por ejemplo un ECG no interpretable) que requieran el empleo de métodos con imagen.

Desde el punto de vista de la relación coste y eficacia, otros autores creen que la mayoría de las mujeres deberían someterse a una ecocardiografía con ejercicio como prueba diagnóstica inicial, ya que la precisión diagnóstica de esa técnica es mucho mayor que la del ECG de esfuerzo.

La sensibilidad y la especificidad de los estudios de Sawada y cols, Williams y cols, Marwick y cols, Roger y cols, fueron del 81 y el 75%, respectivamente, con un valor predictivo positivo y negativo y una precisión general del 72, 84 y el 72%, respectivamente. La sensibilidad de la ecocardiografía con ejercicio se mantenía (88%) en enfermedad de un solo vaso y en mujeres con dolor atípico (84%). Así pues, el empleo de la ecocardiografía con ejercicio para la detección de la EAC en la mujer tiene una sensibilidad y una especificidad comparables a los resultados previamente publicados en una población predominantemente masculina y mixta.

Aunque se ha visto que la prueba con ejercicio es útil tanto en hombres como en mujeres para hacer un pronóstico a largo plazo, en las mujeres de alto riesgo no se ven alterados los resultados por la intervención quirúrgica. Así pues, al contrario que en los hombres, la identificación de un grupo de alto riesgo no lleva a una modificación del riesgo en las mujeres.

Sawada y cols hicieron el seguimiento de 148 pacientes, de ellos 71 mujeres, durante 28.4 más menos 8.5 meses, y hallaron que en un paciente con una buena capacidad para realizar ejercicio, una ecocardiografía con ejercicio normal ofrecía un excelente pronóstico. Esto sigue siendo verdad incluso en los casos con un ECG de ejercicio normal.

En las mujeres se presentaron complicaciones cardíacas tan sólo en 2 de 71 (2.8%) a los 10.5 y 41 meses, y ninguna de ellas había tenido indicios de isquemia electrocardiográfica o ecocardiográfica durante la prueba de ejercicio.

Resultados similares fueron encontrados por McCully y cols, en los que encontraron factores de predicción independientes de complicaciones cardíacas en el futuro que fueron una carga de trabajo baja (menos de 7 METS para los hombres

y menos de 5 METS para las mujeres).

También se observó que las mujeres con resultados positivos con la ecocardiografía con ejercicio y negativos con el ECG tuvieron un mayor porcentaje de complicaciones (27%) que las que tenían resultados ecocardiográficos negativos y un ECG positivo (9%).

Con respecto a los factores que afectan al rendimiento de la prueba, como sucede en los hombres, la sensibilidad puede ser más baja en ciertos subgrupos de mujeres, lo que podría ser secundario a su menor capacidad para hacer los ejercicios y la calidad de la ventana ecocardiográfica. La sensibilidad y la especificidad de la ecocardiografía con ejercicio están también influidas por la modalidad de ejercicio utilizada. El ejercicio en cinta rodante está fácilmente disponible y se utiliza habitualmente en conexión con ecocardiografía. El principal inconveniente de esta modalidad es que la toma de imágenes está limitada a antes e inmediatamente después del ejercicio, y depende de la persistencia de las anomalías de la movilidad parietal en una recuperación precoz y en la rápida adquisición de las proyecciones después del ejercicio. En contraste con ello, la ecocardiografía con ejercicio de pedaleo permite la adquisición de las imágenes durante el ejercicio, lo que evita el problema de la rápida resolución de las anomalías de la movilidad parietal.

En un grupo de mujeres sometidas a ecocardiografía de ejercicio, la sensibilidad fue del 80% cuando se utilizaba la cinta rodante, frente al 100% con la bicicleta, y la especificidad fue del 94 y el 73%, respectivamente. Sin embargo, la precisión general fue similar, con un 87% para la cinta rodante y un 84% para la bicicleta.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico de la enfermedad coronaria en las mujeres ha sido considerado más difícil que en los hombres, debido a la prevalencia general más baja de esta enfermedad en aquéllas y a su menor gravedad, así como a la presentación clínica más sutil en ellas.

La electrocardiografía con ejercicio se asocia con un elevado índice de resultados falsos positivos. En cambio la ecocardiografía de esfuerzo con ejercicio y farmacológico ha demostrado sensibilidad y especificidad elevadas, y un alto valor pronóstico en mujeres, comparables a los resultados obtenidos en la población masculina.

En la evaluación de las mujeres con dolor torácico, el primer paso debería ser la división clínica en grupos de baja, moderada o alta probabilidad basándose en los síntomas, la edad y los factores de riesgo cardiovascular. En mujeres con dolor torácico atípico y una baja probabilidad de coronariopatía debería evitarse cualquier otra prueba, ya que es probable que un resultado positivo sea sólo falsamente positivo. En las mujeres con una probabilidad moderada de padecer la enfermedad, la estrategia más eficaz y con mejor índice coste-eficacia es la ecocardiografía de esfuerzo como prueba inicial.

Este método evita el elevado índice de resultados falsamente negativos que llevarían a retrasos y a un aumento potencial de la morbilidad y la mortalidad por una coronariopatía no tratada. La estrategia óptima en mujeres con un elevado riesgo clínico puede ser la ecocardiografía con ejercicio o el cateterismo cardíaco como prueba inicial. Aunque el diagnóstico de una EAC es diferente en hombres y en mujeres, no tiene por qué ser más difícil en éstas. Una astuta evaluación clínica junto con un empleo juicioso de las pruebas diagnósticas proporciona excelentes resultados.

Por ello, la ecocardiografía con ejercicio ofrece una valiosa información pronóstica para poder separar a los pacientes con un excelente pronóstico tras una prueba normal de los que corren un alto riesgo de complicaciones cardíacas en el futuro y que pueden beneficiarse de procedimientos diagnósticos y terapéuticos adicionales.

6 Bibliografía

1. Sawada SG, Ryan T, Fineberg NS, et al: Exercise echocardiographic detection of coronary artery disease in women. J Am Coll Cardiol 14:1440,1989.
2. Steingart RM: Exercise testing. In Julian DG, Wenger NK (eds): Women and heart Disease. New York, Martin Dunitz, Ltd., 1997.
3. Sawada SG, Ryan T, Conley MJ, et al: Prognostic value of a normal exercise echocardiogram. Am Heart J 120:49, 1990.
4. McCully RB, Roger VL, Mahoney DW, et al: Outcome after normal exercise echocardiography and predictors of subsequent cardiac events: Follow-up of 1325 patients. J Am Coll Cardiol 12:682, 1988.

Capítulo 16

USO Y CUIDADOS DE LA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA

VERÓNICA ÁLVAREZ DÍAZ

1 Introducción

La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) consiste en la colocación mediante endoscopia de una sonda en el estómago a través de la pared abdominal. Se usa fundamentalmente para administrar alimentación y medicación (durante un periodo largo de tiempo) a pacientes con disfagia (dificultad para tragar los alimentos) debida a un problema mecánico o neurológico y que puedan tener una adecuada esperanza de vida.

Se coloca en la mayoría de los casos sin anestesia general, en la sala de endoscopias. Es un procedimiento rápido, de bajo coste y con escasas complicaciones. El procedimiento dura de 15 a 20 minutos por término medio y la alimentación a través de la sonda se inicia habitualmente a las 24 horas.

2 Objetivos

- Conocer el correcto uso de este tipo de sondas a la hora de administrar alimentación y medicación a las personas portadoras de la misma.
- Evitar errores y complicaciones que pueda suponer un mal uso de las mismas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se realiza una revisión bibliográfica consultando diferentes artículos y páginas web, accediendo a las principales fuentes de datos: Pubmed, Medline y Scielo. Una vez seleccionada la información que más se ajustó a la temática a desarrollar se realiza un cribado de los datos más destacados.

4 Resultados

En general las complicaciones tras la realización de una GEP son escasas, poco importantes y de fácil tratamiento. La más frecuente es la aparición de infección en el sitio de la gastrostomía. La mortalidad relacionada con el procedimiento es inferior al 1%. Para evitar las complicaciones de la PEG es necesario seguir una serie de cuidados de la sonda y del estoma.

1. Cuidados de la sonda:
- Limpiar diariamente la parte externa con agua tibia y jabón suave. Aclarar bien y secar.
- Infundir 50 ml de agua tras cada administración de alimentos o medicación.
- Girar diariamente la sonda en sentidos horario y antihorario para evitar que se fije a la pared abdominal.
- Cerrar el tapón de la sonda cuando ya no vaya a ser usada.
- Comprobar todos los días que el disco externo de la sonda no oprima la piel del paciente. En caso de que así sea, aumentar la distancia entre éste y el estoma.
-Cambiar diariamente la cinta y el lugar de sujeción de la sonda.
- La vida media de la sonda es de 8-12 meses pero se recomienda cambiarla a los 6 meses para evitar que se deteriore.
-No tirar de la sonda, ya que se puede salir.

2. Cuidados del estoma:
- Comprobar diariamente que en la zona alrededor del estoma no existe irritación cutánea, enrojecimiento o inflamación, ni es dolorosa y que no salgan líquidos (jugos gástricos).
- Durante los 15 primeros días, limpiar la zona con una gasa, agua y jabón haciendo movimientos en círculos desde la sonda hacia fuera sin apretar. Aplicar una solución antiséptica y colocar una gasa estéril en la zona. A partir de la tercera semana es suficiente lavar la zona con agua tibia y jabón.

Para la administración de alimentos y medicamentos, hay que tener en cuenta:
- Lavarse bien las manos con agua y jabón antes de usar la sonda y usar guantes.
- La postura correcta durante la alimentación es sentado, y si no es posible incorporado a 45º. Mantener la postura durante 1h para evitar vómitos y hacer la digestión.
- Después de cada toma lavar la sonda con unos 50-60 ml de agua tibia para evitar que se obstruya.
- No mezclar medicación con alimentos.
- Existen fórmulas especiales de alimentación. Será la unidad de nutrición la encargada de determinar cuál será la fórmula que mejor se adapte a las necesidades del paciente y la cantidad a tomar.
- La alimentación se administra a temperatura ambiente. Una vez abierto el bote guardar en la nevera durante 24h como máximo y debe sacarse de la nevera unos 30 minutos antes de su administración, para que no siente mal.
- Mantener la sonda pinzada durante la desconexión para evitar la salida de alimento y entrada de aire en el estómago, que pueda provocar gases.
- Cerrar la sonda con el tapón tras su uso.
- Han de pasar, al menos 3 horas entre una toma y la siguiente.
- No administrar alimentos caseros triturados.

5 Discusión-Conclusión

Existe un incremento de pacientes portadores de GEP durante un periodo largo de tiempo, finalizando su uso con el fallecimiento del paciente. Por este motivo, es importante conocer el manejo correcto de la misma, con el fin de evitar complicaciones que puedan surgir por un uso incorrecto de las mismas.

6 Bibliografía

1. Fundación Española del aparato digestivo. (FEAD). www.saluddigestiva.es
2. Sociedad Española de patología digestiva.(SEPD). www.seps.es
www.medlineplus.gov
3. Revista española de enfermedades digestivas. www.reed.es

Capítulo 17

PRECAUCIONES EN LA PREPARACIÓN DE CITOSTÁTICOS

VERÓNICA ÁLVAREZ DÍAZ

1 Introducción

Los citostáticos son un grupo de fármacos cuya principal función es interrumpir el ciclo celular en alguna de sus fases. Esta propiedad permite utilizarlos en el tratamiento de enfermedades neoplásicas principalmente. Aunque, debido a los avances médicos, son cada vez más utilizados en procesos no oncológicos.

El personal que los manipula , quien se encarga de su preparación, manipulación, administración, etc. está expuesto a una serie de riesgos que conlleva trabajar con estos fármacos, como pueden ser efectos mutagénicos, cancerígenos y teratógenos, entre otros.

Ante este problema se realiza una revisión bibliográfica para conocer las medidas de seguridad que se deben tener en cuenta a la hora de preparar estos medicamentos con el fin de proteger al personal que los manipula de sus efectos.

2 Objetivos

Conocer las medidas de seguridad que se deben adoptar a la hora de preparar estos medicamentos para evitar la exposición del personal que los manipula a sus efectos o en caso de no poder evitarlos, minimizarlos.

3 Metodología

Tipo de estudio.
Se realizó una revisión bibliográfica cuyo objetivo era analizar y obtener información relacionada con los objetivos de este trabajo.

Procedimiento y criterios de inclusión.
Los registros adquiridos se recogieron de protocolos de la Unidad de Farmacia (lugar donde se preparan y dispensan estos medicamentos) y de las unidades de hospitalización donde se procede a su administración del hospital en el que trabajo. También se accedió a diferentes guías clínicas y a la página del Ministerio de Seguridad e Higiene en el Trabajo. También se accedió a diferentes bases de datos de ciencias de la salud como Pubmed, Cuiden, etc. Tras la revisión de la documentación se clasificó y seleccionó según los objetivos descritos.

Los criterios de inclusión fueron la información relacionada con el personal de enfermería referente al manejo de citostáticos, los riesgos que conlleva trabajar con estos agentes, las medidas de protección, los accidentes más frecuentes, la formación, etc.
Criterios de exclusión: se excluyó aquella información que no estaba relacionada con personal sanitario.

4 Resultados

La preparación debe realizarse exclusivamente en servicio de farmacia hospitalaria, lo cual reducirá la contaminación. Se aplicará la normativa establecida para su preparación y se prepararán en cabinas de seguridad biológica.

El personal que realiza este trabajo estará capacitado para su preparación y se fomentará la formación de los mismos. Se minimizará la exposición de los mismos utilizando los equipos de protección individual (EPI).

Este área debe garantizar las condiciones de seguridad y salud de los trabajadores y condiciones de seguridad del medicamento. Consta de dos locales, conectados entre sí por una zona de paso. La distribución es la siguiente:
-Antesala destinada al almacenamiento y acondicionamiento del material.
-Zona de paso, de transferencia de materiales y personas, que actúa de barrera frente a la contaminación (exclusa). En la zona de paso, el personal debe colocarse el material de protección cuando vaya a entrar en la zona de preparación y

retirárselo cuando circule hacia la antesala. Se recomienda disponer de mecanismos que impidan la apertura simultánea de las 2 puertas de la zona de paso.
-Sala de preparación dotada con cabina de seguridad biológica.

Tiene la consideración de zona limpia y es necesario que el aire de impulsión pase a través de un filtro HEPA (filtros para partículas de alta eficacia). La circulación del aire deberá ser desde la zona de exigencia de limpieza más elevada a la zona de menor exigencia.

1. Cabina de seguridad biológica:
La preparación de los fármacos se realiza en una campana de flujo laminar vertical clase IIB. Se trata de una cámara con flujo de aire vertical que crea una barrera entre el profesional y la zona de manejo de citostáticos. Su función es evitar contaminaciones provocadas por micropartículas y aerosoles.

Esta campana es utilizada exclusivamente para la prepación de citostáticos teniendo en cuenta lo siguiente:
-Acceso restringido al máximo, siendo obligatorio el uso de los EPI.
- Se conectará la campana unos 20 minutos antes de iniciar el trabajo, esto permitirá estabilizar la circulación del aire y eliminar las sustancias que haya en suspensión.
-Para evitar la circulacion anormal de aire en la cabina solo se introducirá el material estrictamente necesario, retirando previamente los embalajes innecesarios
-Antes de introducir el material en la cabina se desinfectará con alcohol de 70º.
-Las rejillas de circulación de aire deben permanecer descubiertas.
-Se utilizará un recipiente para los desechos de solución y otro para material contaminado.
-Para solventar posibles derrames debe colocarse un paño absorbente e impermeable en la zona de trabajo, que deberá desecharse tras su utilización.
-El área de mayor seguridad se encuentra en el centro de la cabina, ya que el flujo de aire es más constante y seguro, por lo que es la zona ideal de trabajo. Se debe trabajar a más de 7 cm de cada pared lateral.
-Trabajar con el frontal de la CSB bajado y, dentro de la cabina, evitar movimientos bruscos que puedan provocar turbulencias en el flujo laminar.
- Durante el trabajo evitar el contacto de los guantes con áreas susceptibles de ser contaminadas, en particular en contacto con la cara.
- Los guantes deben cambiarse cada media hora cuando se trabaja de forma continua con citostáticos e inmediatamente cuando haya contaminación, exposición o rotura (al igual que la bata).

- Comprobar que la luz ultravioleta está apagada antes de introducir cualquier medicamento y antes de comenzar a trabajar.
- En caso de producirse un corte de luz, cerrar el frontal inmediatamente, comunicar y registrar la incidencia.
-Si existiera exposición accidental o derrames en la CSB, actuar según el protocolo.
-Diariamente y tras acabar el trabajo, la campana se limpiará con agua y jabón, se desinfectará con alcohol de 70º y se mantendrá encendida unos 30 minutos más. Para evitar obstrucciones e impedir la salida de aire estéril de la cabina. No debe lavarse con jabón el filtro HEPA.
-Se realizará un registro de las actividades con hora de inicio y de finalización.

2. Precauciones del personal:
Para el personal encargado de la preparación de los citostáticos, existen unas medidas preventivas que se deben llevar a cabo:
-Es imprescindible que el personal conozca los riesgos, las precauciones, las características y la forma de preparación.
-Es importante realizar un lavado antiséptico de manos y brazos (preferentemente con las uñas cortas, sin crema ni esmalte)
-No se recomienda la utilización de maquillajes.
-En la zona de trabajo está prohibido comer, beber o fumar.
-El personal manipulador deberá utilizar los equipos de protección individual colocados en el siguiente orden: a. Gorro: obligatorio para todo el personal que trabaje en esta área de trabajo. b. Mascarilla: deberá utilizarse siempre que se manipulen citostáticos fuera de la cabina y deberán ser de tipo FFP3. Las mascarillas quirúrgicas no protegen de aerosoles citostáticos. c. Guantes: puede utilizarse doble. Se colocarán bien sujetos encima de los puños de la bata. Los más recomendados son los de látex o nitrilo, sin talco ya que atraen las partículas de los citostáticos. Tampoco se recomienda la utilización de guantes de PVC, ya que son permeables. Deben cambiarse cada cierto tiempo y siempre que ocurra algún percance (rotura, contaminación, etc.). d. Bata: estéril y desechable, impermeable, de manga larga y puños elásticos que ajusten bien a la muñeca para evitar posibles contaminaciones. La parte delantera debe ser cerrada y reforzada. En caso de exposición se procederá al cambio de la misma. e. Calzas: evita la salida de material contaminante al exterior. Si se utilizara un calzado específico, se debe lavar y esterilizar periódicamente. f. Segundo par de guantes. g. Gafas: se usarán como protección si existe riesgo de salpicaduras.

3. Técnica de preparación:

A. La reconstitución de citostáticos requiere los siguientes materiales:
-Jeringas: de mayor capacidad que el volumen de líquido a inyectar con objeto de mantener siempre en el vial una presión negativa. El tamaño de las jeringas debe ser el adecuado para no ocupar más de las 3/4 partes de su capacidad.
-Equipos IV: las jeringas y los equipos IV deben ser de cono luer-lock. La colocación del equipo de administración en caso de perfusión intravenosa o la eliminación de las burbujas de aire, debe realizarse antes de adicionar el citostático al fluido intravenoso.
-Agujas: con filtros especiales y además con válvulas para equilibrar presiones.
-Filtros de venteo hidrofóbicos: evitan la creación de presión positiva en los viales durante la preparación.
-Gasas y paños estériles, papel absorbente.
-Contenedores para jeringas y agujas usadas.
-Bolsa impermeable para los residuos.
Contenedor de líquidos, etiquetado y con cierre hermético para deshecho de restos citostáticos.
B. Para evitar la formación de aerosoles debemos tener en cuenta que:
-Aguja: se introduce con el bisel hacía arriba en un ángulo de 45° hasta la mitad del bisel. A continuación se coloca la aguja en un ángulo de 90° y se introduce en el vial.
-Líquido reconstituyente: se inyecta manteniendo el vial de pie, a pequeñas emboladas, extrayendo después de cada una de ellas un poco de aire del vial.
-No se saca la aguja ni se separa de la jeringa.
-La agitación se hace de forma circular y suavemente, sujetando cuidadosamente vial, jeringa y aguja.
-Extraer líquido del vial: se extrae un poco de aire, se invierte el vial, colocándolo boca abajo, se extrae líquido del vial procurando que no entre aire. Una vez extraído el líquido, se elimina el aire y se ajusta la dosis, extrayendo a continuación la aguja y la jeringa de una sola vez.
C. Normas de manipulación de medicamentos citostáticos intravenosos y orales:
Si el citostático se presenta en vial:
-Desinfección del tapón con alcohol 70° dejándolo evaporar.
-Introducir la aguja en ángulo de 45° con la superficie del tapón, el bisel hacía arriba. Cuando haya penetrado la mitad del bisel la aguja se dispondrá perpendicular al tapón siguiendo una técnica que mantenga siempre una presión negativa en el interior del vial.
-Se evitará la sobrepresión en el interior del vial (formación de aerosoles) utilizando filtros de venteo provistos de membrana hidrófoba con poros de 0,22

micras.
Si el citostático se presenta en ampollas:
-La apertura se realizará tras asegurarse que no queda producto en el cuello ni en la cabeza de la ampolla.
-Utilizar una gasa estéril empapada en alcohol 70º que cubra el cuello de la ampolla para evitar posibles heridas y salpicaduras y disminuir la aerosolización.
-Abrir la ampolla en dirección contraria al operador.
-Cuando se disuelve polvo liofilizado contenido en ampollas, el diluyente debe ser introducido lentamente por la pared de la ampolla para humedecer lentamente el polvo y prevenir la formación de polvo.
D. Cuando se manipulen formas orales de medicamentos citostáticos:
-Deben usarse guantes quirúrgicos de látex para manipular comprimidos y cápsulas de medicamentos citostáticos.
-Los citostáticos orales deben ser reenvasados manualmente. No se debe utilizar la máquina reenvasadora de sólidos. También se pueden reenvasar manteniendo la protección del blister.
-Deben tomarse enteros, no fraccionarlos ni triturarlos. En caso necesario debe realizarse en la cabina de seguridad biológica e introducirlos previamente en una bolsa de plástico para evitar la formación de polvo.
-Si se presenta en forma de suspensión, se administra utilizando un vaso o con jeringa.
-Hay que limpiar adecuadamente tanto el área como los útiles usados.

Tanto el material usado para la limpieza como el resto de preparaciones no utilizado se consideran residuo citostático.

5 Discusión-Conclusión

La presencia de diversos síntomas o patologías en el personal que manipula estos agentes hace pensar que no se están utilizando correctamente las medidas de seguridad en cuanto al manejo de estos medicamentos.

Varios estudios revisados demuestran que un uso correcto de las instalaciones y de los equipos de seguridad en cumplimiento con la normativa vigente, y de los protocolos existentes en las unidades de trabajo disminuye la aparición de síntomas y patologías relacionadas con la exposición a estos agentes. Por lo cual, es de vital importancia su uso correcto. Así como adquirir una formación adecuada y actualizada sobre el manejo de estos agentes.

6 Bibliografía

1. Ley 31/1995 de 8 de noviembre de prevención de riesgos laborales.
2. RD 374/2001 de 6 de abril de protección de la salud y seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con los agentes químicos durante el trabajo.
3. Real Decreto 349/2003, de 21 de marzo sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo.
4. Guía de buenas prácticas para trabajadores profesionalmente expuestos a agentes citostáticos. Madrid. 2014. Instituto de Salud Carlos III.
5. SEOM: Sociedad Española de oncología médica. [internet].
6. AECC: Asociación Española contra el cáncer. [internet].

Capítulo 18

ATENCION AL PACIENTE OSTOMIZADO

ANA BELEN MONTESERIN SUAREZ

ROCIO MENDEZ BLANCO

1 Introducción

La ostomía es una exteriorización del ID (ileostomía) o del IG (colostomía) a través de la pared abdominal, suturándolo a la piel para crear una salida artificial para el contenido fecal. Puede ser temporal o permanente y dependiendo de la zona anatómica donde haya sido realizada presenta diferentes aspectos. El contenido intestinal que sale por el estoma será recogido en una bolsa adherida a la pared, la cual está conectada al estoma de manera continua. Los cuidados de este paciente serán integrales englobando aspectos físicos, psíquicos y sociales.

2 Objetivos

Proporcionar educación sanitaria para fomentar la autonomía e independencia del paciente para que éste pueda adaptarse a la nueva situación a la que se enfrenta.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los cuidados de enfermería abarcaran desde la primera consulta del paciente al especialista hasta que este se va de alta después de la intervención. Estos cuidados abarcaran conocimientos sobre el estoma y sus complicaciones, hábitos nutricionales, higiene así como la aceptación y adaptación a la nueva situación. Es importante que el paciente reanude su actividad social y laboral así como sus hábitos anteriores a la intervención quirúrgica.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante la educación sanitaria para disminuir la ansiedad y preocupación ante las posibles complicaciones que puedan derivarse del estoma. Son fundamentales los cuidados integrales para que el paciente entienda los cambios que va a sufrir en todas las esferas y así sea capaz de adaptarse a la nueva situación.

6 Bibliografía

1. OMH Trujillo,G Aleman,D Dazo.Cuidados enfermeros 2017.
2. C.G Martinez,BG Cueto-Rq Enfermeria comunitari, dialnet.unirioja.es 2013.
3. Medline(intranet).Bthesda.Disponible en https://medlineplus.gov/spanish/ostomy.html
4. Mundo enfermero(intranet)Disponible en https://www.mundo enfermero.com/nendanoanic/nanda_dominio.php
5.Infomed(intranet)Recomendaciones nutricionales a pacientes ostomizados.
6. Federacion española de asociacion de ostomizados(FEDAO)www.federaciondeostomizados.es

Capítulo 19

EL PACIENTE QUIRÚRGICO Y LA VÍA RICA

RAQUEL HERNÁNDEZ SIERRA

1 Introducción

Los cuidados del paciente quirúrgico comprenden un amplio abanico de actividades, que van desde cuando se decide el tratamiento quirúrgico hasta el alta hospitalaria. En ellos se incluyen procedimientos y prácticas muy diversas que tienen como objetivo preparar física y emocionalmente al paciente y a su familia, favorecer el éxito de la intervención, prevenir complicaciones y disminuir el tiempo de convalecencia y de permanencia en el hospital. Tienen un carácter multidisciplinar que requiere de la coordinación entre distintas especialidades y niveles de la atención sanitaria.

Hasta hace poco, el tratamiento de los pacientes operados tenía un actitud de expectativa que se retroalimentaba por la experiencia profesional adquirida mediante hábitos. Se esperaba a que el organismo se recupere de la agresión quirúrgica y farmacológica, por ejemplo, mantener al paciente en dieta absoluta hasta que recupera la motilidad intestinal.

Actualmente, con la aparición de programas como la Vía RICA en cirugía, se han revisado los cuidados tradicionales con el objeto de racionalizar el tratamiento perioperatorio y mejorar así el postoperatorio del paciente. Estos programas engloban tres pilares fundamentales:
- La aplicación de un paquete de medidas y estrategias perioperatorias.
- La interdisciplinariedad, entendida como la participación conjunta y estructurada de los diversos profesionales sanitarios implicados.

- La participación activa del paciente durante todo el proceso.

2 Objetivos

- Comprender la importancia de los cuidados a lo largo de la estancia del paciente quirúrgico en el ámbito hospitalario.
- Conocer la Vía RICA.
- Mejorar la calidad de los cuidados administrados.

3 Metodología

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

4 Resultados

La información al paciente es un punto clave en el proceso quirúrgico. Éste debe conocer las opciones de su tratamiento y tener una expectativa realista de los riesgos y beneficios que se esperan. Con esto se pretende conseguir la máxima colaboración e implicación del paciente en el proceso de su tratamiento.
Según AHA (American Heart Association), los grupos de pacientes con enfermedades cardíacas deben ser evaluados y tratados por cardiólogos antes de la intervención quirúrgica:
- Síndrome coronario inestable: angina inestable o Infarto de miocardio reciente.
- Insuficiencia cardíaca descompensada: pacientes con insuficiencia cardíaca de nueva aparición.
- Arritmia significativa: eloqueo Auriculoventricular Mobitz II o de tercer grado. Arritmias ventriculares o supraventriculares (incluida fibrilación auricular) con respuesta ventricular no controlada (frecuencia cardíaca mayor a 100 latidos/minuto). Bradicardia sintomática.
- Enfermedad valvular grave: estenosis aórtica grave, estenosis mitral grave.

En los pacientes desnutridos o en riesgo, que hayan sido identificados en el cribado nutricional, se deberá realizar una evaluación nutricional completa para con-

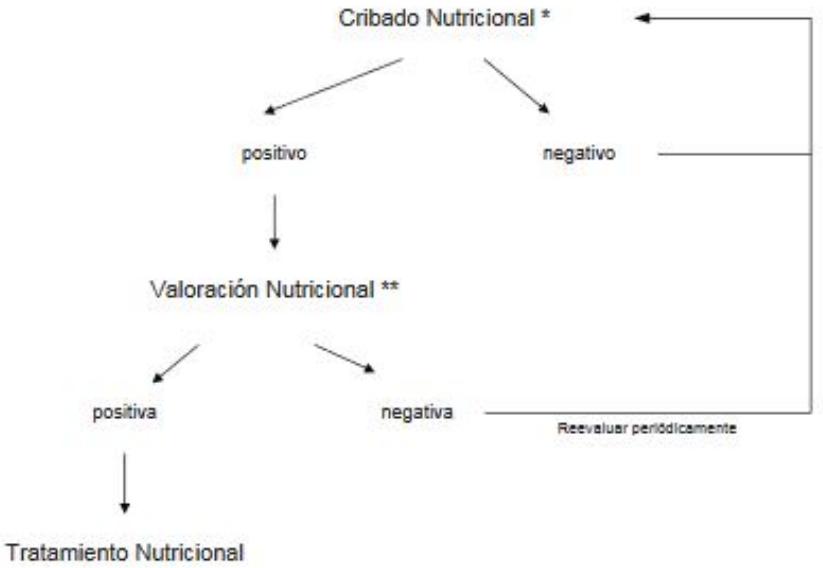
firmar el diagnóstico, tipo y gravedad de la desnutrición y realizar un tratamiento nutricional adecuado. En estos casos, la valoración nutricional recogerá información sobre el consumo de alimentos, pérdida o ganancia de peso, índice de masa corporal, estado de la masa muscular y del tejido graso subcutáneo, capacidad funcional.

Es necesario el uso de monitorización objetiva (neuroestimulación con acelerometría, mecanomiografía, electromiografía, kinemiografía) del bloqueo neuromuscular (BNM) con los parámetros de estímulo simple, contaje postetánico.

La glucemia se monitorizará, dado que la hiperglucemia intraoperatoria puede conllevar un aumento de las complicaciones en el postoperatorio aunque, debe ser evitado el uso de una terapia intensiva con insulina, debido al riesgo de hipoglucemia.

De realizarse un sondaje vesical este debe ser estéril y retiararse como máximo a las 24 horas postintervención.

Algoritmo de actuación según cribado



(*) Existen diferentes escalas para la evaluación del **cribado nutricional**. Debido a la ausencia de estandarización en nuestro medio, se deja a criterio del profesional su elección.

(**) En la valoración nutricional, no se obeerva homogeneidad en los parámetros que se consideran para la evaluación de este aspecto en los pacientes quirúrgicos.

Futuras investigaciones deberían ser llevadas a cabo para dilucidar e identificar, la estrategia de evaluación más fiable y precisa del cribado y valoración nutricional, identificando la exactitud diagnóstica (validez) de las diferentes escalas disponibles.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante la realización de estudios rigurosos y bien diseñados para conocer la efectividad y seguridad de la de las intervenciones en quirófano, combinándolas con la recuperación del paciente.
La visita preoperatoria de las enfermeras de quirófano ha mostrado su utilidad en los pacientes quirúrgicos, traduciéndose en una disminución del nivel del miedo y la ansiedad, en un mejor autocontrol del paciente y conocimiento acerca de los cuidados de la enfermedad, mejora del nivel de comodidad y disminución del nivel de dolor. Aunque no queda muy claro en qué momento previo a la cirugía es más eficaz.
Las incisiones en el proceso de la Vía RICA son, salvo complicaciones durante la operación, por laparoscopia.
Está aconsejado emplear concentraciones elevadas de O2 (Una FiO2 del 50%).

6 Bibliografía

- Grupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM): http://www.grupogerm.es
- Vía clínica de recuperación intensificada en cirugía abdominal (RICA): http://portal.guiasalud.es/contenidos/iframes/documentos/opbe/2015-07/ViaClinica-RICA.pdf
- Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_555_CMA_IACS_compl.pdf
- Guía de Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal. Versión para Pacientes: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_555_CMA_IACS_paciente.pdf
- Ronco M, Iona L, Fabbro C, Bulfone G , and Palese A Patient education outcomes in sur-gery: a systematic review from 2004 to 2010. International Journal of Evidence-Based Healthcare. 2010;10(4):309-23.
- Kruzik N. Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. AORN J. 2009;90(3):381-7

Capítulo 20

EL PUERPERIO EN LA ENFERMERÍA HOSPITALARIA

RAQUEL HERNÁNDEZ SIERRA

1 Introducción

El puerperio es el "período de tiempo que dura la recuperación completa del aparato reproductor después del parto, que suele durar entre cinco y seis semanas". Es un proceso que se desarrolla tanto en el ámbito de la enfermería comunitaria, como en la hospitalaria, siendo ésta última la de mayor impacto inicial en él. Por ello, y a pesar de ser multidisciplinaria, en esta revisión nos centraremos más en la atención hospitalaria que reciben las mujeres que están en esa fase.

Debemos tener en cuenta que las mujeres no sólo presentan cambios durante el embarazo, sino que, además, una vez dado a luz, deben adaptar su vida al nuevo miembro de la familia y sobrellevar sus propios cambios físicos y mentales. El puerperio, no solo coincide con la readaptación a los cambios internos y externos de la madre, sino que también influye en la adaptación de la vida familiar, social y laboral.

Es de vital importancia los cuidados brindados a la mujer durante este periodo de transformaciones progresivas posteriores al parto y garantizar la realización de actividades básicas que permitan disminuir las situaciones inconvenientes que sean peligrosos para su salud y la del neonato. Por ello es tan importante que, como profesionales sanitarios, sepamos lo que debemos hacer.

2 Objetivos

- Definir el puerperio y sus fases.
- Enumerar los cuidados de enfermería en el proceso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, Fisterra y NICE, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se emplearon guías clínicas de distintas Comunidades Autónomas (Madrid, Valencia) para contrastar la información obtenida en los artículos.

4 Resultados

- El puerperio es el "periodo que pasa desde la expulsión de la placenta o alumbramiento hasta que el aparato genital vuelve a su estado normal previo al embarazo". Dura alrededor de seis u ocho semanas, o cuarenta días, por eso a este periodo se le conoce como cuarentena, dividiéndose en tres etapas.

La primera etapa es el puerperio inmediato: primeras 24 horas. Si el parto se realiza en el hospital, los cuidados serían:
- Mantenimiento de la puérperal en una sala dedicada a la atención del postparto, durante un periodo mínimo de 1-2 horas.
- Mantenimiento de la vía intravenosa.

Signos y síntomas a controlar:
- Nivel de consciencia.
- Constantes: tensión arterial (TA), temperatura (T^{a}), pulso o altura y tono uterino o valoración de hemorragia genital o diuresis (presencia de globo vesical) o Estado de la episiotomía (hematomas, dolor, sangrado, etc.).
- Es recomendable la perfusión de oxitocina o de un uterotónico tras el alumbramiento para la prevención de la hemorragia.
- Inicio precoz de la lactancia.
- Una vez que ha transcurrido el tiempo recomendado y la evolución ha sido favorable, se procede al traslado de la madre y recién nacido a la planta.

La segunda etapa consta del puerperio clínico: desde el final del puerperio inmediato hasta que la mujer es dada de alta del medio hospitalario (2 a 4 días).

Por último la tercera etapa es el puerperio tardío: el final coincide con la aparición de la primera menstruación (aproximadamente 6 semanas). Se realiza siempre en el domicilio, por lo que la mujer deberá seguir ciertos consejos:
- Evitar las relaciones sexuales a lo largo del período de sangrado.
- Puede ducharse, aunque se desaconsejan los baños de inmersión.
- El ejercicio será suave y progresivo, evitando los ejercicios que conllevan incrementos importantes de la presión intraabdominal.
- Se aconseja una suplementación vitamínica y mineral.

Los signos y síntomas de alarma son:
- Fiebre (T^a > 38ºC).
- Hemorragia profusa por vía vaginal.
- Loquios malolientes.
- Signos inflamatorios locales en mamas, episiotomía y miembros inferiores.
- Dificultad o problemas respiratorios.
- Sintomatología urinaria.

5 Discusión-Conclusión

Enfermería puede empoderar a las madres para superar los inconvenientes del puerperio, ayudándoles a la adaptación en esta nueva etapa. Ésta es una labor importante del profesional de enfermería, ya que informarlas y educarlas sobre los cambios que se producen mitigaría y evitaría las posibles complicaciones del puerperio, garantizando la armonía de la nueva situación familiar.

Las nuevas madres experimentan no solo unos cambios físicos, sino también psicológicos, que pueden afectar en gran medida a su percepción del nuevo rol de madre a todos los niveles estructurales.

6 Bibliografía

1. Laza Vásquez, C., & Puerto Lozano, M. I. (2011). Cuidados genéricos para restablecer el equilibrio durante el puerperio. Revista Cubana De Enfermería, 27(1), 88-97.
2. Contusalud. Com. /Embarazo: introducción. 12/07/ 20051.

3. Derek Llewellyn- Jones. Ginecología y obstetricia. Séptima edición. Ediciones Harcourt, 2000. Madrid, España.
4. Enciclopedia Microsoft® Encarta® 2003. © 1993-2002 Microsoft 3. Corporación. Reservados todos los derechos.
Guía para el abordaje de las Emergencias Obstétricas. UNICEF. 4. 2004.
5. Guia de actuacion en AP. SEMFYC. Problemas de la reproducción y del aparato genital,2003;6.15.81-86.

Capítulo 21

ATENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON DIABETES INSÍPIDA CENTRAL

ANA MARÍA LICERÁN PERALBO

MARÍA BELTRÁN RODRÍGUEZ

MIRIAM MOYA ESPINOSA

1 Introducción

La Diabetes Insípida es una enfermedad provocada por la insuficiencia de hormona antidiurética (ADH) en el organismo. La ADH también se conoce como vasopresina. Esta es una hormona que ayuda a los riñones a regular la cantidad correcta de agua en el cuerpo.

La hormona antidiurética es producida por el hipotálamo y almacenada en la hipófisis. La diabetes insípida ocurre cuando el cuerpo no puede compensar correctamente los niveles de líquido del cuerpo. Cuando el sistema de regulación funciona adecuadamente, los riñones ayudan a mantener el equilibrio entre entradas/salidas de líquidos en el organismo. Los riñones eliminan los líquidos del torrente sanguíneo. Este desperdicio de líquido se almacena de manera temporal en la vejiga en forma de orina, hasta que es excretada mediante la micción. El cuerpo también puede deshacerse del exceso de líquido a través de la sudoración, la respiración o las defecaciones.

La diabetes insípida se considera un trastorno anormal, siendo considerada de las enfermedades raras, con una prevalencia aproximada de 1 caso por cada 25000 habitantes. Esta enfermedad provoca un desequilibrio de líquidos en el cuerpo, el cual puede producir trastornos como malestar, falta de concentración, visión borrosa o desorientación. La clínica cursa con poliuria y polidipsia, pudiendo en ocasiones confundir el diagnóstico inicial en algunos casos con el de diabetes mellitus.

Si bien los términos diabetes insípida y diabetes mellitus pueden confundirse a la hora de valorar a un paciente, no tienen ninguna relación. La primera se produce a nivel del hipotálamo y la segunda a nivel del páncreas. Sus tratamientos son muy diferentes, así como el desarrollo de cada una. La diabetes mellitus, que puede presentarse de dos maneras (DM-I y DM-II), es la forma más conocida de diabetes.

No existe cura para la diabetes insípida. Sin embargo, los tratamientos pueden aliviar la sed, disminuir la producción de orina y mejorar los síntomas. Asimismo, con el tratamiento adecuado, los niveles de sodio en el organismo se regulan y se evitan situaciones comprometidas para los pacientes que la padecen. Si bien es una enfermedad que suele aparecer en la infancia y juventud (en la primera y segunda década de la vida), existen casos tanto en niños como en adultos.

Se pueden desarrollar dos tipos de diabetes insípida:
- Diabetes insípida central: en este tipo de diabetes no se produce o secreta suficiente cantidad de ADH. Esto suele ocurrir debido a daños en el hipotálamo o la hipófisis. Las causas típicas incluyen lesiones a nivel cerebral y trastornos genéticos raros. A menudo la diabetes insípida central también puede ser de origen idiopático.
- Diabetes insípida nefrogénica: en este caso, los riñones no responden normalmente a la ADH. Es decir, se segrega hormona pero el organismo no sabe responder a ella. Este tipo de diabetes insípida corresponde a un trastorno renal, en vez de hipotalámico. Ocurre debido a medicamentos o trastornos crónicos. Algunos trastornos de origen genético pueden comprometer la función de los riñones desde el nacimiento. Otras causas de los problemas renales incluyen anemia de células falciformes, insuficiencia renal y enfermedad renal poliquística.

Tras la confirmación de una diabetes insípida central, si la causa no es evidente, hay que descartar tumoraciones a nivel hipotálamo-hipofisario mediante resonancia magnética. En el caso de que la neuroimagen sea normal, es necesario repetir periódicamente la prueba por la posibilidad de un tumor pequeño en crec-

imiento.

2 Objetivos

- Conocer la enfermedad, reconocida dentro de las enfermedades raras a nivel mundial.
- Proporcionar las bases para realizar una buena valoración al paciente con diabetes insípida.
- Señalar las diferencias entre diabetes insípida y diabetes mellitus.
- Diferenciar los distintos tipos de diabetes insípida, conocer origen y causas de las mismas.
- Conocer tratamiento y manejo terapéutico de la enfermedad, para poder ofrecer unos cuidados enfermeros de calidad.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica en las bases de datos Scielo, Cuiden y Google Académico con los descriptores: diabetes insípida, manejo terapéutico y diabetes insípida, enfermedades hipofisarias, enfermería y endocrinología. Se ha realizado una revisión de los artículos relacionados con el tratamiento y manejo terapéutico de esta enfermedad, así como de las guías de cuidados enfermeros especializados en endocrinología.

4 Resultados

La diabetes insípida central adquirida está causada por la destrucción o degeneración de las neuronas que se originan en los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo. Las causas a las que se puede atribuir esta patología son: craneofaringioma, histiocitosis de células de Langerhans, sarcoidosis, germinoma, enfermedades vasculares o autoinmunes inflamatorias locales, o un trauma tras un accidente o cirugía. Otra posible causa de la diabetes insípida central (DIC) son las malformaciones cerebrales y craneales de la línea media. Hasta en un un 25-50% de los casos, la enfermedad es considerada de origen idiopático. La autoinmunidad juega un papel importante en la patogénesis de la DIC.

La hormona antidiurética controla la cantidad de agua en la orina que producen los riñones. El hipotálamo es el encargado de secretar esta hormona. Se almacena en la glándula pituitaria y posteriormente es liberada al torrente sanguíneo,

cuando los mecanismos de regulación lo consideran necesario. La ADH se encarga de disminuir la cantidad de agua que los riñones convierten en orina, mediante lo cual, se previene la deshidratación. En la diabetes insípida, los riñones extraen demasiada agua de la sangre. Esto hace que el cuerpo para genere una gran cantidad de orina acuosa y genera sed intensa.

Diferenciamos dos tipos de diabetes insípida y dos subtipos:
-DI central: los daños que pueden existir en la hipófisis o el hipotálamo a causa de una cirugía, un tumor, una lesión craneal o una enfermedad pueden causar diabetes insípida central, afectando así a la producción, almacenamiento y liberación adecuadas de la hormona antidiurética. Una enfermedad congénita también puede causar esta afección.
-DI nefrogénica: la diabetes insípida nefrogénica ocurre cuando hay un defecto a nivel de los túbulos renales, es decir, en las estructuras renales que hacen que el agua se excrete o se reabsorba. Este defecto hace que tus riñones sean incapaces de responder de adecuadamente a la ADH. El defecto puede deberse a un trastorno genético o a un trastorno renal crónico. Algunos fármacos y medicamentos, como el litio o los antivirales, también pueden producir diabetes insípida nefrogénica.
-DI gestacional: es un tipo de diabetes insípida muy poco frecuente. Ocurre exclusivamente durante el embarazo, cuando una enzima producida por la placenta destruye la hormona antidiurética de la madre. Cuando se produce el parto y la salida del feto y de la placenta, los niveles de ADH maternos vuelven a la normalidad.
-DI dipsogénica o de origen primario: esta afección puede provocar la producción de grandes cantidades de orina diluida. La causa de este trastorno es beber una cantidad excesiva de líquidos. La DI de origen primario puede ser debida a un daño al mecanismo de regulación de la sed en el hipotálamo. La afección también se ha relacionado con algunas enfermedades mentales, como la esquizofrenia.

A veces, no existe una causa evidente de diabetes insípida. Sin embargo, en algunas personas, el trastorno puede ser resultado de una reacción autoinmune que hace que el sistema inmunitario dañe las células que producen la vasopresina.

La diabetes insípida puede surgir como consecuencia de algunas enfermedades o situaciones previas del paciente:
-Disfunción hipotalámica (no se produce suficiente ADH).
-Disfunción hipofisaria (no se libera suficiente ADH en sangre).
-Trastornos del hipotálamo o la hipófisis, causados por cirugía o radioterapia.

-Daños a nivel cerebral, tumoraciones.
-Enfermedades granulosas sistémicas, de origen autoinmune (sarcoidosis).
-Tuberculosis.
-Encefalitis, meningitis o bloqueo arterial a nivel cerebral.
-Herencia genética.
-Farmacoterapia utilizada para enfermedades mentales (esquizofrenia-sales de litio).

La clínica de la diabetes insípida distingue los siguientes signos y síntomas:
-Sed intensa, difícil de controlar.
-Producción de grandes cantidades de orina diluida.
-Nicturia, lo que conlleva insomnio en muchas ocasiones.
-Preferencia por las bebidas frías.

La afectación suele ser grave y presentarse de manera brusca. La diuresis del paciente puede ser de hasta 15-18 litros diarios (estando en una ingesta de líquidos de entre 10-14 litros/día). Recordaremos que, por norma general, un adulto sano excreta en orina unos 2 litros aproximadamente (manteniendo la hidratación oral por encima de 1,5 litros diarios).

El diagnóstico de la DI central se basa en la evidencia analítica de hiperosmolaridad plasmática (>300 mosm/l) con hiposmolaridad urinaria (<300 mosm/l o relación de osmolaridad orina/plasma< 1) y poliuria. Son necesarias una prueba de privación de líquidos y una analítica sanguínea para diferenciar la DIC de la diabetes insípida nefrogénica (DIN). La administración de desmopresina es útil en el diagnóstico diferencial de DIC con DIN. Una vez establecido el diagnóstico de DIC, son necesarias otras exploraciones, como resonancia magnética a nivel cerebral, TAC o incluso gammagrafía.

El tratamiento de la diabetes insípida será a través de ADH sintética externa. Puede tomarse como una pastilla liofilizada, mediante una inyección subcutánea o aerosol nasal. Algunos tratamientos incluyen fármacos que aumentan la capacidad del cuerpo para producir mayor cantidad de ADH (como los AINE y la clorpropamida). Con el debido tratamiento, la diabetes insípida central, generalmente, no provoca problemas graves ni muerte prematura.

El fármaco de elección en el tratamiento de la DI central es la desmopresina, análogo sintético de la ADH con acción antidiurética más prolongada que la hormona natural y mínimo efecto vasopresor. La dosis requerida y el intervalo de administración son muy variables dependiendo de cada caso particular. Debe-

mos conocer los riesgos de hipo e hipernatremia que pueden producir la sobre e infradosificación, ya que las dos situaciones pueden poner en riesgo la vida del paciente. Si bien la pauta de desmopresina es prescrita por el especialista en endocrinología, la enfermera que valore a este tipo de pacientes debe conocer los signos y síntomas que pueden suceder debidos a las alteraciones por cambio de dosis para poder comunicar las variaciones y realizar unos diagnósticos de enfermería correctos y unas intervenciones adecuadas en cada caso.

Es necesario evitar en cualquier caso la sobredosificación absoluta o relativa por riesgo de intoxicación hídrica e hiponatremia dilucional. En pacientes que no tienen sentido de la sed o con dificultad de acceso a líquidos hay que proporcionarles las reposiciones hídricas que eviten el desarrollo de una hipernatremia.

La ingesta de agua siempre que sea necesario (cuando hay sensación de sed) y la farmacoterapia son el tratamiento de elección para la DI central, para conseguir unos niveles de fluidos y electrolitos dentro de la normalidad. La desmopresina, suministrada por vía oral, intranasal o parenteral es el fármaco antidiurético más utilizado. En nuestro país el nombre comercial es Minurin.

Las necesidades diarias son, por vía oral, 100-1200 mcg divididos en 2-3 dosis; por vía intranasal 2-40 mcg; y por vía parenteral 0,1-1 mcg, alcanzando la máxima concentración en plasma a los 40-50 minutos. Es necesario un seguimiento exhaustivo (sobre todo al inicio de la enfermedad) para monitorizar los niveles de electrolitos y determinar la eficacia del tratamiento de elección. En los casos de DI en la infancia temprana, con sólo terapia de administración de líquidos puede constituir una estrategia de manejo. La DI central adquirida puede ser transitoria si se eliminan las causas subyacentes de la DI central y el tallo hipofisario se encuentra intacto.

En todos los casos, los pacientes necesitan información y comprensión por nuestra parte. Si bien es un trastorno no incapacitante, en el cual pueden hacer su vida con normalidad, es necesario hacer una valoración minuciosa, contrastar el tratamiento prescrito y la adherencia al mismo y observar los cambios referidos por el paciente.

5 Discusión-Conclusión

El mantenimiento del balance hídrico en el ser humano es indispensable para la correcta homeostasis celular. Este mantenimiento está regulado por mecanismos

de tipo hormonal, nervioso y renal. La ingestión de agua está controlada por el centro de la sed, localizado en el hipotálamo y por la hormona vasopresina (hormona antidiurética ADH), producida también en el hipotálamo y almacenada en la hipófisis (concretamente en la neurohipófisis). Esta hormona aumenta la permeabilidad del agua en los túbulos colectores por medio de las acuaporinas y regula la excreción del agua a través de los riñones.

En muchos casos el origen de la diabetes insípida central es idiopático, sin embargo, el avance en los métodos diagnósticos, especialmente de imagen (como la resonancia magnética), han permitido caracterizar muchos cuadros clínicos como de origen tumoral o infiltrativo. La diabetes insípida puede ser consecuencia de tumores supraselares o de la propia cirugía hipofisaria/hipotalámica por los mismos, o secundaria a un traumatismo. Trastornos autoinmunes como la neuroinfundibulitis o procesos infiltrativos como la histiocitosis son también, con relativa frecuencia, causa de esta patología.

La DI central debuta en la mayoría de los casos de forma brusca. La poliuria y la polidipsia son dos de los síntomas fundamentales, pero su intensidad es muy variable y depende fundamentalmente del grado de déficit de ADH. La nicturia está prácticamente presente siempre, siendo este un dato fundamental en la clasificación y diagnóstico de la enfermedad, y uno de los que más molestias causan a los pacientes (insomnio).

La deficiencia en la secreción de la ADH o la resistencia a su acción conducen a una patología conocida como Diabetes Insípida (DI) la cual se caracteriza por la incapacidad parcial o total para concentrar la orina. La forma más común es la DI central, que se caracteriza por una deficiencia parcial o total en la secreción de ADH. En la DI nefrogénica encontramos una resistencia de los túbulos renales a la acción de esta hormona.

La sintomatología de la DI hace necesaria un diagnóstico diferenciado con respecto a la ingesta excesiva de fluidos y supresión de la ADH, conocida como polidipsia primaria o potomanía. También hay que señalar la DI gestacional, causada por una deficiencia de ADH durante el embarazo y secundaria a una degradación de la hormona en la placenta.

Algunos pacientes presentan enuresis. Debido a la ingesta de grandes cantidades de agua se produce una menor ingesta de alimentos con la consiguiente pérdida de peso o escasa ganancia ponderal, la cual justificaría el fallo de medro en estos pacientes; sin embargo, hay que tener en cuenta que salvo en las formas famil-

iares, puede haber otros déficits hormonales hipofisarios acompañantes, siendo el de hormona de crecimiento el déficit acompañante más frecuente. El mantenimiento fisiológico de la sed funciona en la mayoría de los casos de diabetes insípida, por lo que la deshidratación no suele ser una manifestación habitual. Existe una excepción en niños de corta edad, en los que ingesta hídrica por el control de la sed no está asegurada. En estos casos hay que tener en cuenta la posibilidad de la presencia de hipo/hipernatremia, con irritabilidad y fiebre, etc.

De forma general, la enfermedad no está presente al nacimiento, sino que se desarrolla gradualmente durante los primeros años de la vida (fundamentalmente en la primera década). Se ha podido comprobar que al nacimiento la secreción de ADH es normal, pero va disminuyendo progresivamente durante la infancia temprana. En estudios de autopsias realizados a este tipo de pacientes se ha podido observar una atrofia de la neurohipófisis y una disminución del número de neuronas magnocelulares en los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo, signo indicativo de una degeneración de las células que normalmente producen la hormona.

La hipótesis propuesta para la destrucción neuronal, apoyada por estudios de expresión de varias mutaciones posiblemente asociadas a la enfermedad en cultivos celulares y en animales transgénicos, estaría fundamentada en la producción de un precursor hormonal defectuoso que se acumula y probablemente, destruye la neurona.

Existen algunos casos de DI infantil secundaria a lesiones cerebrales y también al tratamiento con litio en madres gestantes. Sin embargo, durante la lactancia materna no suele haber clínica, debido a la baja osmolaridad de la leche y encontraremos los primeros síntomas al comenzar la lactancia artificial.

El tratamiento de la DI central debe orientarse en primer lugar a la causa (tumoral, inflamatoria…) y en segundo lugar a tratar la sintomatología, intentando en cualquiera de los casos que la vida del paciente tenga la mayor calidad posible.

Como en muchos otros problemas de salud, una valoración correcta es fundamental para el diagnóstico. Es muy importante documentar la cantidad de orina de 24 horas para confirmar la poliuria. Un comienzo brusco o la presencia de nicturia puede orientarnos a pensar en diabetes insípida.

Es muy importante tener en cuenta los antecedentes personales y familiares, para poder definir un patrón de herencia preciso que nos oriente a un origen genético.

Si ha habido antecedentes de traumatismo craneal nos orientaría a pensar hacia una DI central.
Salvo en los cuadros congénitos o con claro componente genético, el diagnóstico se apoya prácticamente en la Resonancia Nuclear Magnética. El hallazgo de un engrosamiento infundibular o del tallo hipofisario nos haría sospechar la presencia de enfermedades infiltrativas, aunque tampoco es un signo específico. Es importante tener en cuenta que la normalidad en la RNM no descarta patología oculta por lo que se recomienda repetir de forma periódica dicha exploración para poder diagnosticar posteriormente procesos incipientes. Además de las pruebas de imagen, otros parámetros como marcadores tumorales u hormonas hipofisarias pueden servir de ayuda. Ante una duda diagnóstica hay que hacer un seguimiento estrecho, controlar cualquier cambio o modificación referido por el paciente y mostrarnos comprensivos a la hora de intentar explicarnos cambios con respecto a su situación personal.

6 Bibliografía

1. García García, E. Diabetes insípida. Protocolo diagnóstico terapéutico en pediatría. 2019. Cap.1, p.48-63.
2. Calviño García, I., Hermosín Alcalde, A. La diabetes insípida como trastorno hipofisario. Diagnósticos y cuidados de enfermería. Rev.Médica Electrónica Portales Médicos. Incl. Enfermería. Sept. 2017.
3. Lamas, C., Del Pozo, C., Villabona, C. Guía clínica de manjeo de la diabetes insípida y del síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética en el postoperatorio de la cirugía hipofisaria. Consenso de Endocrinología, Diabetes y Nutrición. 2014. Vol. 61, num.4, p.15-24.
4. Pietrafesa, D., Apezteguía, L., García, L., Pisciotano, C., Giachetto, G. Propuesta de manejo de diabetes insípida central. Archivos de Pediatría de Uruguay. 2013. Vol.84, cap.4, p.282-288.
5. Delgado Fernández, MR., Romero Rivero, O., Díaz Borroto, A. Diabetes insípida central: presentación de un caso. Revista médica electrónica. 2013. Vol.1, cap.35, p.41-50.
6. Velásquez Uribe, JC., Campuzano Maya, G., Alfaro Velásquez, JM. Diabetes insípida: generalidades y diagnóstico en pacientes pediátricos. Revista medicina y laboratorio. 2013. Vol.19, p.352-369.
7. Castaño, L., Calvo, B., Vela, A. Patología del metabolismo del agua asociado a enfermedad hipofisaria. Revista española de Endocrinología Pediátrica. 2012. Supl. 1. Num.10. p.48-55.

Capítulo 22

ARTRITIS SÉPTICA DE RODILLA POR ESTAFILOCOCO

PATRICIA SÁNCHEZ GARCIA

1 Introducción

La artritis séptica se define como la inflamación de la bolsa sinovial de una articulación a causa de una infección. El agente etiológico más común en las artritis sépticas no gonocóccicas es el Staphylococcus aureus, presente en pacientes con antecedentes de artritis reumatoide y de diabetes mellitus. También es frecuente el Streptococcus pyogenes, que se asocia a pacientes con enfermedades autoinmunes, infecciones cutáneas crónicas y traumas. Asimismo se han aislado estreptococos de los grupos B, G, C y F en pacientes inmunodeficientes, con diabetes mellitus, neoplasias o infecciones severas genitourinarias o gastrointestinales.

Las infecciones por bacilos Gram negativos sólo ocurren en un 10 -20 % de los casos y se asocian a pacientes con historia de abuso de drogas endovenosas, edades extremas de la vida o inmunodeficiencias en general. Los más frecuentes son la Pseudomona aeruginosa y la Eschericha coli.

No existiendo un rango de edad predominante, la mayoría de los casos se dan en mayores de 60 años, afectando principalmente a caderas, rodillas, tobillos o codos.

El organismo patógeno puede encontrarse dentro de la articulación, llegando a ella a través de la sangre, o penetrar por una lesión o una cirugía. El riesgo de padecer una artritis infecciosa se ve incrementado por la presencia de infecciones en otra parte del cuerpo; algunas enfermedades crónicas como la diabetes;

toxicomanías que impliquen administración de drogas por vía intravenosa o intramuscular; el tratamiento con inmunosupresores o padecer enfermedades que debiliten el sistema inmunológico; y la realización de artroscopias o las cirugías de articulaciones.

Se ha observado que existe un rango entre la respuesta inmune efectiva para eliminar el agente infeccioso y la hiperactivación de esta respuesta, que causaría la mayor parte de la destrucción articular. Por lo tanto, sería conveniente utilizar agentes que controlen la respuesta inflamatoria asociados a los antimicrobianos.

La sintomatología depende del tipo de infección y de su gravedad. Ambos tipos, bacteriana o vírica, cursan con dolor e incapacidad para mover la articulación afectada, inflamación, calor y enrojecimiento de la zona. Las bacterianas tienen un comienzo y evolución más rápidos, suelen producir fiebre, y generalmente afectan a una sola articulación. Las víricas aparecen gradualmente, sin fiebre, y suelen afectar a varias articulaciones.

Una infección no diagnosticada y tratada tiempo produce una elevada incidencia de formas de osteomielitis crónicas, secuelas y discapacidad funcional de las articulaciones lo que genera un alto impacto económico y social. Por todo ello debe ser considerada una urgencia médica. Diagnosticadas precozmente e instaurando una terapia adecuada, la mayoría de estas artritis infecciosas curan en su totalidad sin secuelas.

El diagnóstico se establece a través de la exploración de la articulación, analítica de sangre y cultivo del líquido articular.
Se debe realizar hemograma completo con velocidad de eritrosedimentacion (VES) y proteína C reactiva (PCR). El hemograma y la VES pueden no elevarse en fases iniciales, por lo que los valores dentro del rango de lo normal no descartan el diagnóstico. La PCR se eleva a las 6 u 8 horas y se normaliza antes que la VES, siendo útil para valorar la respuesta a la terapia.

La obtención de la muestra de líquido sinovial es esencial para el diagnóstico y tratamiento, se debe tomar previo a iniciar tratamiento antibiótico empírico. Si existe sospecha de afección por gonococo además del cultivo del líquido sinovial se deben obtener hemocultivo, cultivos de faringe, uretra y cérvix.

Los estudios radiográficos mostrarán inflamación de tejidos blandos periarticulares y distención de la capsula articular; con mayor tiempo de evolución se podría observar disminución del espacio interarticular y erosiones óseas (asociado

a mal pronóstico). El ultrasonido puede ser útil para detectar derrame articular y colecciones en tejidos blandos. La Resonancia Magnética está indicada en casos que exista sospecha de osteomielitis.

El diagnóstico diferencial se realiza principalmente con las siguientes patologías:
- Fiebre reumática: presenta artralgia migratoria, títulos de antistreptolisina, infección por streptococcos del grupo A.
- Bursitis: es la inflamación de la bursa superficial a la articulación, usualmente no limita rangos de movimiento ni hay fiebre.
- Artropatía por cristales (gota, pseudogota): con articulación dolorosa pero hemograma normal.
- Enfermedad de Lyme: articulación sin dolor, pero aparece eritema migrans y produce manifestaciones cardíacas y neurológicas.
- Artritis reumatoide: con rigidez matutina y afectación simétrica. Analíticamente el factor reumatoide es positivo, la VES está elevada, y hay leucocitosis en el líquido sinovial.
- Sinovitis transitoria de cadera: inflamación inespecífica e hipertrofia de la membrana sinovial de la articulación de la cadera, más frecuente en niños de 3 a 10 años, suele ser afebril.
- Osteoartrosis: desgaste del cartílago articular.

El tratamiento de las infecciones por bacterias se basa en administrar antibióticos específicos intravenosos de 2 a 4 semanas, seguidos de varias semanas más de antibiótico oral. Para paliar los síntomas los fármacos de primera elección son los AINES. En las infecciones víricas es más raro es uso de antivirales, pero se usan AINES igualmente.
En casos más graves puede ser necesario el drenaje del líquido articular, bien a través de punción con aguja o mediante lavado y limpieza quirúrgica de la articulación afectada.

En cuanto a las medidas higiénico- posturales, se recomienda inmovilizar el miembro afectado, así como proteger la articulación para evitar traumatismos. No obstante solo se realizará en fase aguda para evitar atrofia articular o muscular que dificulte posteriormente el movimiento.

2 Objetivos

- Conocer la sintomatología y los métodos de diagnóstico necesarios para proceder a un tratamiento precoz reviste especial importancia en este tipo de pa-

tologías.
- Instaurar de un tratamiento específico es altamente eficaz para combatir la infección y prevenir una incapacidad crónica.

3 Caso clínico

Hombre de 58 años que acude a urgencias con fiebre mayor de 38℃ de varios días de evolución, imposibilidad para caminar, inflamación, rubor y calor en rodilla izquierda.

Anamnesis: no alergias medicamentosas conocidas; hipertensión arterial; hipercolesterolemia; no otras enfermedades crónicas. Actualmente tratamiento crónico con atorvastatina 40 MG orales cada 24 horas y enalapril 10 MG orales cada 24 horas. En la exploración no hay signos de lesiones, no refiere caídas o traumatismos recientes.

Se realizan análisis de sangre y radiografía, diagnosticando artritis séptica y procediendo a mi pieza quirúrgica y análisis intraoperatorio de líquido articular.

Una vez en planta de hospitalización inicia tratamiento antibiótico endovenoso con cloxacilina y gentamicina a la espera de resultados. El cultivo revela infección por estafilococo aureus, manteniéndose tratamiento con cloxacilina intravenosa (dos gramos cada seis horas) hasta completar dos semanas. El control del dolor y la fiebre se consigue alternando paracetamol 1 gr intravenoso cada 8 horas y nolotil 2 gr intravenosos cada 8 horas.

El paciente permaneció en reposo las primeras 48 horas, para posteriormente iniciar la marcha de forma gradual, y se colocó una media de compresión. La herida quirúrgica se curó con clorhexidina cada 48 horas hasta la retirada de los agrafes en el día 15 post-intervencion.

Dada la buena evolución del paciente se decide alta con tratamiento antibiótico oral durante otras dos semanas, siendo citado para revisión en consultas de traumatología en el plazo de un mes.

Tras la revisión se evidencia remisión completa de la infección con recuperación total de la movilidad del miembro afectado.

4 Discusión-Conclusión

La artritis séptica no es una patología muy frecuente, pero sí de especial importancia dadas las posibles repercusiones que pueden aparecer. Un diagnóstico y tratamiento precoces reducen significativamente el número de lesiones crónicas incapacitantes.

Si bien el estafilococo aureus es el microorganismo causante más frecuente, se han evidenciado casos de infección por otros patógenos como virus u hongos, y tiene especial incidencia en pacientes con enfermedades inflamatorias y que depriman el sistema inmunitario.

Las técnicas diagnósticas actuales permiten un tratamiento eficaz y especifico frente al agente causal, por lo que el pronóstico es de curación completa sin secuelas en la mayor parte de los casos.

5 Bibliografía

- Riley J., Smith L., Schurman D.J. Septic arthritis. Arthritis Rheum.
- Williams R.J., Smith L., Schurman D.J. Septic Arthritis. Arth and Rheum.
- Carpenter CR, Schuur JD, Everett WW, Pines JM.Evidence-based diagnostics: adult septic arthritis.
- Sadowski C.M., Gabay C. Septic Arthritis. Rev Med Suisse.
- Duggal L, Khosla P.Etiological presentation of inflammatory arthritis. J Assoc Physicians India.
- Colectivo de autores Inmunología Celular y Molecular. 2da Parte. 2006. La Habana. Capítulo 16. Inmunidad frente a los microorganismos. Sección IV La inmunidad en la defensa y la enfermedad.
- Mathews C.J., Weston V.C., Kingsley G.H., Coakley G. Future management of septic arthritis. Future Rheumatology.
- Davis D. Management of bone and joint infections due to Staphylococcus aureus.

Capítulo 23

¿CÓMO DIAGNOSTICAR LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE TIROIDES?

VERÓNICA ÁLVAREZ DÍAZ

1 Introducción

La tiroides es una glándula endocrina en forma de mariposa ubicada en el cuello, debajo de la nuez de adán, junto al cartílago tiroides, sobre la tráquea. Pesa unos 15-30 gr en el adulto y está constituida por 2 lóbulos unidos por un istmo. Se encarga de regular el metabolismo del cuerpo y regula la sensibilidad del cuerpo a otras hormonas.

2 Objetivos

-Conocer las principales patologías tiroideas que más afectan a la población.
-Conocer los métodos de diagnóstico más empleados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se realiza una revisión bibliográfica consultando diferentes artículos y páginas web accediendo a las principales fuentes de datos. Pubmed, Medline y Scielo. Una vez seleccionada la información que más se ajustó a la temática a desarrollar se realiza un cribado de los datos más destacados.

4 Resultados

Los principales problemas de tiroides que sufre la población son:
-Bocio: agrandamiento de la tiroides.
-Hipertiroidismo: cuando la glándula tiroides produce más hormona tiroidea de lo que su cuerpo necesita.
-Hipotiroidismo: cuando la glándula tiroides no produce suficiente hormona tiroidea
-Cáncer de tiroides.
-Nódulos: bultos en la tiroides.
-Tiroiditis: hinchazón de la tiroides.

Cada uno de ellos presenta una sintomatología diferente, que junto con la elaboración de una historia clínica, el examen físico y las pruebas complementarias (análisis de sangre y estudios de imagen) nos ayudan a concretar un diagnóstico definitivo.
Las pruebas más utilizadas son:
-Los análisis de sangre, que incluyen:
1. Hormona estimulante de la tiroides (TSH): Es la medida más precisa de la actividad de la tiroides.
2. T3 y T4: miden diferentes hormonas de la tiroides.
3. TSI: mide la inmunoglobulina estimulante de la tiroides.
-Prueba de anticuerpos antitiroideos: mide la cantidad de anticuerpos (indicadores en la sangre).
-Las pruebas de imagen, que incluyen:
1. Ecografía: la ecografía es un método indoloro que utiliza ondas sonoras para crear imágenes de la glándula.
2. Gammagrafía de tiroides: utiliza un marcador de yodo radiactivo o de tecnecio para mirar la estructura y funcionamiento de la glándula. Tras la administración del biomarcador el paciente debe esperar a que éste sea captado por la glándula a través del torrente sanguíneo.
3. LA PAAF de tiroides: es un procedimiento sencillo que consiste en puncionar un nódulo tiroideo para valorar el riesgo de que sea maligno.Es una prueba fundamental en el diagnóstico del nódulo tiroideo, ya que aporta mucha información. Habitualmente se realiza de forma ecodirigida, es decir, guiando la aguja mediante ecografía para asegurar que se pincha justo en el lugar deseado.

Una vez confirmado el diagnóstico definitivo se instaura un tratamiento adecuado según la patología de cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

Debido a que gran parte de la población sufre problemas de esta glándula, que en ocasiones son confundidos con otras patologías, es necesario conocer los principales síntomas y pruebas que nos pueden ayudar a un diagnóstico definitivo.

6 Bibliografía

1. www.medlineplus.org
2. www.scielo.org.
3. www.cancer.org
4. www.thyroid.org

Capítulo 24

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

PATRICIA VICENTE ARÉVALO

1 Introducción

Las caídas en los pacientes son un riesgo real que acontece en el medio hospitalario y constituyen un indicador de calidad asistencial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe el término caída como "la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo hacia el suelo en contra de su voluntad". La causa puede ser multifactorial y por su elevada frecuencia y sus múltiples complicaciones constituye un grave problema en el ámbito hospitalario.

2 Objetivos

-Proporcionar al paciente seguridad física durante su estancia en el centro hospitalario.
-Identificar a los pacientes de riesgo más elevado.
-Reducir el número de caídas.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

1. Prevención:
-El primer paso es recibir al paciente: presentarse, llevar a cabo la valoración de enfermería al ingreso identificando factores de riesgo de caídas (físicos, mentales y farmacológicos), aplicando la escala de valoración para riesgo de caídas de J.H. Downton.
-Verificar que la unidad cuente con las medidas de seguridad pertinentes.
-Establecer el diagnóstico de enfermería y planificar los cuidados.
-Establecer las medidas de seguridad.
-Instaurar las medidas de seguridad; explicar y orientar al paciente acerca del uso del timbre, subir las barandillas y poner al alcance los objetos de uso personal como gafas y objetos personales.
-Acudir rápidamente a la llamada del paciente.
-Verificar que el paciente con secuelas neurológicas permanezca siempre acompañado.
-Realizar recorridos frecuentes para la vigilancia de los pacientes con riesgo de caídas.
-Asistir al paciente tanto si se encuentra encamado como si se levanta al aseo, permaneciendo a su lado en todo el proceso si lo requiere.
-Sentar al paciente al borde de la cama, antes de ponerlo de pie y permanecer con él hasta que se baje de la cama o ayudarle.
-En la unidad de pediatría, todo el tiempo que el niño deba permanecer en su cuna, los laterales de la misma estarán en posición elevada. Se instará a los cuidadores o familiares para que no abandonen la habitación sin comprobar previamente que los laterales están elevados. Cuando sea necesario realizar una técnica que requiera ser transportado fuera de la cuna, permanecerá en compañía de un miembro de la plantilla o un familiar, no permaneciendo solos en el baño.
2. Actuaciones ante caídas:
Si el paciente sufre una caída, aún aplicando las medidas de prevención disponibles, se debe notificar mediante registro normalizado. Este registro de notificación es anónimo y no busca culpabilizar a los profesionales, sino emprender acciones de mejora para intentar reducir la aparición de este tipo de suceso adverso. El registro estará disponible en formato electrónico para todas las unidades

en el portal del empleado en la pestaña de división de enfermería- registros. Se debe imprimir y rellenar y se hará llegar a la supervisora de la unidad. Los supervisores de unidad serán los encargados de trasladar esta incidencia al Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente y posteriormente enviarán la hoja de la notificación de la caída a la Unidad de Calidad por correo interno o a través de celador.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido el protocolo de enfermería relacionado con la prevención de caídas para así ofrecer una mejor atención al paciente hospitalizado.

6 Bibliografía

1. Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería- Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias- Noviembre 2010- Disponible en: http://www.astursalud.es
2. Aplicación de las actividades de la intervención de enfermería Prevención de caídas en adultos hospitalizados- páginas 118-123 (Abril - Junio 2017) Artículo de investigación- D. Hernández-Herreraa, N. Aguilera-Elizarrarazb, M. Vega-Argoteb, N. González-Quirartec, H. Castañeda-Hidalgoc, L. Isasi-Hernándezd- disponible en https://www.elsevier.es

Capítulo 25

CASO CLÍNICO: PACIENTE CON DISNEA GRAVE

DAVID RIERA TOMÁS

ANA AGRELO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La disnea es una patología que encontramos con frecuencia en los servicios de urgencias hospitalarias.
Es la sensación subjetiva de falta de aire. La dificultad respiratoria es una afección que involucra una sensación de dificultad o incomodidad al respirar o la sensación de no estar recibiendo suficiente aire. Algunas personas pueden sentirse disnéicas con solo ejercicio leve (por ejemplo, subir escaleras), aunque no padezcan un trastorno específico. Otros pueden tener enfermedad pulmonar avanzada, pero nunca sienten falta de aliento.

2 Objetivos

Conocer el proceso de valoración, diagnóstico, plan de cuidados y evaluación de un paciente con disnea grave.

3 Caso clínico

Paciente de 78 años de edad que ingresa en la Unidad de Neumología por disnea grave.

Antecedentes personales:
Paciente que vive con su esposa en Luarca, conservando las funciones superiores. Se dedicó toda la vida a la pesca y ahora está jubilado. Independiente para las actividades de la vida diaria, alérgico a la eufilina, exfumador y exbebedor. Hipertensión arterial. Diabetes Mellitus tipo II. Dislipemia. Síndrome vertiginoso, Sigmoiditis en Noviembre de 2012. Esteatosis Hepática. Gastroscopia normal en Noviembre de 2012. EPOC severo con insuficiencia respiratoria crónica y oxígeno domiciliario. Múltiples ingresos por descompensación metabólica y complicaciones propias de su EPOC (último marzo de 2015). Intervenido de cataratas. No sigue las indicaciones médicas, ni toma adecuadamente la medicación. Prescinde constantemente del oxígeno domiciliario.

Enfermedad actual:
Refiere fiebre > 38 ºC estos días, con aumento de fatiga hasta hacerse de reposo. Dolor torácico costal bilateral y tos con expectoración blanquecina espesa. Oliguria estos días, abdomen globuloso. Se encuentra angustiado y temeroso por su claro empeoramiento; muestra disconformidad ante la posibilidad de ser sondado vesicalmente.

Medicación pautada:
-Oxigenoterapia con una presión de 2 L.
-Augmentine IV 1gr / 8h.
-Levofloxaxina 500 IV/24h.
-Paracetamol 1gr/8h.
-Fraxiparina 0,4 c/24h.
-Alprazolan (0-0-1).
-Omeprazol 20 mg (1-0-0).
-Metformina 850 (1/2-0-1/2).
-Seretide (2-0-2).
-Spiriva (1-0-1).
-Flumil forte (1-0-1).
-Seguril (1-0-0).
-Enalapril 20mg (1-0-0).
-Daonil (1-0-0).
-Urbasón 20 mg (1 amp IV/ 6h).
-Nebulización (1 amp Atrovent + 0,5 cc ventolin)/24h.
-Tranxilium (1/2-0-1/2).

4 Discusión-Conclusión

A. Valoración:

Dominio 1: promoción de la salud.
1. Gestión ineficaz de la propia salud (00078).
Riesgo potencial: Ineficaz seguimiento del tratamiento en su domicilio.
Objetivo a conseguir:
-El paciente adquirirá una correcta educación para la salud en enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
Intervenciones de enfermería:
-Explicación de la correcta utilización de aerosoles, así como la comprobación de la autonomía del paciente en la realización de la técnica.
-Importancia del seguimiento del tratamiento farmacológico para evitar posibles infecciones del Sistema Respiratorio.
-Refuerzo positivo sobre su buena elección en el abandono del hábito de fumar.
-Resaltar la necesidad de mantener a diario la oxigenoterapia pautada.
En curso, ya que, pese a que en el hospital se le ha enseñado a hacerlo, previamente él no ponía el oxígeno en casa no cumplía con la medicación.
2. Mantenimiento ineficaz de la salud (00099).
Riesgo real: Incorrecta pauta dietética y mala higiene respiratoria.
Objetivo a conseguir:
-El paciente aprenderá cómo alimentarse y mantener una calidad óptima de sus vías respiratorias.
Intervenciones de enfermería:
-Entregaremos dieta escrita específica para su Diabetes, HTA y Dislipemia.
-Informaremos de la posibilidad de ser atendido con regularidad en Atención Primaria por su Enfermera de Familia para resolver dudas respecto a su enfermedad.
-Se le entregará lista de alimentos concretos que NO debe ingerir.
En curso, ya que en el hospital cumple con la dieta, pero en su casa no sabemos si va a cumplir con ésta o no.

Dominio 2: nutrición.
Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179).
Riesgo potencial: Insuficiencia circulatoria en MMII
Objetivo a conseguir:
-El paciente aprenderá a cuidar su diabetes y las complicaciones derivadas de la misma.
Intervenciones de enfermería:

-Recomendación de dieta adecuada a su Diabetes Mellitus tipo II y dislipemia.
-Importancia de mantener una glucemia adecuada y disminuir el colesterol para evitar en la medida de lo posible las placas ateromatosas.
-Entrega de material didáctico (trípticos, panfletos, etc.) sobre como cuidar su TA, Diabetes, dislipemia y como debe realizar la higiene en pies.
-Indicación de la necesidad de caminar a diario en la medida de sus posibilidades (sufre EPOC)
-Mantener los MMII elevados durante 15 minutos al menos 3 veces al día.
-Hidratar los MMII a diario para suplir la anhidrosis por mal funcionamiento de las glándulas sudoríparas (prevención pie diabético).
En curso, ya que hay que esperar para ver si cumple con las indicaciones que se le dan para controlar la diabetes y controlar el colesterol.

Dominio 3: Eliminación e intercambio.
1. Deterioro del intercambio de gases (00030).
Riesgo real: hipoventilación pulmonar.
Objetivo a conseguir:
-El paciente mantendrá la funcionalidad de sus vías aéreas.
Intervenciones de enfermería:
-Administración de oxigenoterapia a una presión de 2 L.
-Administración de nebulizaciones según órdenes.
-Instrucción al paciente sobre la importancia de ser constante en la oxigenoterapia.
-Administración de aerosoles pautados y educación sobre la correcta utilización de los mismos.
-Administración de medicamentos según órdenes para una buena perfusión de oxígeno.
-Comprobar cada 2 h el buen funcionamiento de la bomba de oxígeno, así como el estado de ansiedad del paciente.
-Mantener posición de Fowler / semifowler.
Resuelto, ya que el objetivo está cumplido al haberle dado las instrucciones necesarias para la administración de oxígeno y medicación.
2. Retención urinaria (00023).
Riesgo real: retención urinaria con presentación de abdomen globuloso.
Objetivo a conseguir:
-El paciente logrará miccionar de forma eficaz.
Intervenciones de enfermería:

-Sondaje vesical para eliminación de globo en abdomen (pinzar a los 500cc). Información al paciente de las posibles sensaciones negativas que puede experimentar al ser sondado.
-Cuidados postsondaje para evitar posibles infecciones (limpieza).
-Administración de medicación diurética pautada.
-Control de diuresis.
-Vigilancia del color y aspecto de la orina.
Resuelto, porque mientras tuvo la sonda vesical se logró que miccionara de forma eficaz sin ninguna infección.

Dominio 9: afrontamiento / tolerancia al estrés.
Ansiedad (00146).
Riesgo real: ansiedad por dolor torácico
Objetivo a conseguir:
-El paciente disminuirá su nivel de ansiedad.
Intervenciones de enfermería:
-Administrar los calmantes pautados.
-Observar los signos verbales y no verbales de la ansiedad.
-Informar al paciente del tiempo que transcurrirá hasta notar el efecto de la analgesia.
-Administrar medicación ansiolítica pautada.
-Escuchar con atención y crear un ambiente que facilite la confianza y relajación del paciente.
-Comprobar la eficaz acción de la analgesia.
-Informar al paciente de la posibilidad de ser atendido en cualquier momento en que se agudice su dolor.
Resuelto, ya que al no tener dolor, ya no presenta signos de ansiedad.

Dominio 11: seguridad/protección.
1. Hipertermia (00007).
Riesgo real: pérdida de la regulación térmica.
Objetivo a conseguir:
-El paciente mantendrá la temperatura corporal < 37,5 ºC.
Intervenciones de enfermería:
-Administración de pautas medicamentosas antitérmicas.
-Mantener al paciente con ropa ligera y destapado.
-Mantener una buena hidratación (VO / VI) según protocolo.
-Ventilar la habitación periódicamente.
-En caso de necesidad baño antitérmico.

-Utilización de paños fríos / húmedos según demanda térmica.
Resuelto, ya que al alta su temperatura corporal es menor de 37.5ºC.
2. Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031)
Riesgo potencial: ineficaz eliminación de secreciones.
Objetivo a conseguir:
-El paciente expectorará y eliminará las secreciones de forma productiva.
Intervenciones de enfermería:
-Mantener posición de Fowler.
-Mantener vías aéreas hidratadas.
-Informar al paciente de la necesidad de una correcta ingesta de líquidos para hidratar la mucosidad.
-Vigilar la cantidad de expectoración, así como color y consistencia de la misma.
-Informar al equipo médico de cualquier incidencia / anomalía en las expectoraciones (expectoraciones sanguinolentas, etc.).
-Administrar medicación mucolítica pautada.
En curso, ya que todavía hay secreciones, pese a que cada vez son más escasas.

B. Evaluación de los resultados:
Durante la hospitalización del paciente comprobaremos en cada turno las constantes que presenta, así como la saturación de oxígeno. Permaneceremos atentas/os a los posibles cambios de actitud que presente el paciente, pues puede ser indicio de nerviosismo o ansiedad.

En caso de fracaso de los NOC estipulados en nuestro plan de cuidados crearemos nuevos NIC para solventar la situación.
Cuando el paciente sea dado de alta le entregaremos su informe de alta de enfermería y las recomendaciones higiénicas, alimenticias y de seguimiento del tratamiento en su totalidad.

Informaremos al paciente del derecho y posibilidad que tiene de encontrar apoyo y seguimiento de su enfermedad en la Atención Primaria que por zona le corresponda, para así facilitar un correcto seguimiento terapéutico, evitando su agudización y nuevos posibles ingresos hospitalarios.

5 Bibliografía

1. https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/disnea
2. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

3. Historia clínica del paciente

Capítulo 26

PACIENTE POLITRAUMATIZADO CON SHOCK HEMORRÁGICO

VIRTUDES OTERO SÁNCHEZ

JOSÉ JORGE SANCHEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Los traumatismos son lesiones histológicas producidas por la acción de un agente productor de energía con capacidad lesional. Según la OMS se produce en el ámbito mundial 10.000.000 de heridos y 300.000 muertos al año debido a traumatismos. El 50% de las muertes accidentales se producen por accidente de tráfico, siguiendo en frecuencia a los accidentes laborales. Se considera que el 85% de los traumatizados curan sin riesgo vital ni incapacidad, el 5% tiene riesgo de muerte o incapacidad grave y el 10% riesgo importante de morir. Un traumatismo habitualmente ocurre durante breve período de tiempo. Por ejemplo, un accidente de tráfico termina en décimas de segundos. A pesar de ello, el daño ocasionado puede ser enorme e incluso mortal.

Un politraumatizado o traumatizado grave se define como aquel paciente que presenta diversas lesiones traumáticas, de las cuales al menos una es una lesión generalmente visceral que pone en peligro su vida. La exanguinación es uno de los motivos fundamentales de fallecimiento en las primeras horas después de un trauma. Los mecanismos que contribuyen a la pérdida sanguínea traumática son complejos. Las consecuencias fisiopatológicas y terapéuticas de los pacientes con trauma y con shock hemorrágico presentan severas anormalidades metabólicas entre las cuales la más notable es el desencadenamiento de la llamada ”triada

mortal ", constituida por: Hipotermia, coagulopatía y/o acidosis cuyas complicaciones llevan irremediablemente a la muerte de los pacientes cuando no son previstas o prevenidas adecuadamente y nos obligan a postergar el tratamiento quirúrgico definitivo con el objetivo de lograr una mayor supervivencia.

2 Objetivos

- Proporcionar los conocimientos teórico-prácticos referentes a la actuación de enfermería, según los protocolos actuales, en soporte vital básico y avanzado y atención inicial al paciente politraumatizado.
- Adquirir conocimientos actualizados referentes a la actuación de enfermería en la reanimación cardiopulmonar según las últimas recomendaciones y criterios del European Resuscitation Council y la American Heart Association.
- Manejar adecuadamente a los pacientes con urgencia y/o emergencia respiratoria, manejo de la vía aérea y ventilación mecánica, así como los cuidados que precisen los paciente politraumatizados con shock hemorrágico. La actuación principal ante un politraumatizado es un factor predeterminado en la supervivencia y disminución de secuelas del paciente siendo la actuación de enfermería imprescindible y fundamental dentro de los equipos de emergencia prehospitalaria.
- Perfeccionar las medidas de autoprotección y seguridad y avanzar sobre los medios más adecuados adaptándose a diferentes y nuevas circunstancias en el que hacer de nuestra actividad asistencial.

3 Caso clínico

Ingresa en nuestra unidad un joven de 25 años que ha sufrido un accidente de tractor, en el que trabajaba junto a su padre, sufriendo varias fracturas.

En la valoración inicial contrastamos que no presenta alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes de interés. En la exploración física presenta:
- Tensión arterial (TA): 105/60 mmHg.
- Frecuencia cardiaca (FC): 98 latidos por minuto.
- Temperatura (Tª): 37.3ºC.
- Palidez de piel y mucosas.
- Auscultación respiratoria normal.
- Auscultación cardiaca: tonos rítmicos sin soplos.
- Abdomen blando y depresible sin megalias.
- Pie y muslo izquierdo (izdo) con apósitos.

A su ingreso presentó fractura abierta de tibio-peroneo izdo, con gran desgarro muscular y de paquete vasculonervioso. Se realiza bypass tibio-peroneo que hubo que reconstruir con posterioridad. También presenta fractura abierta de fémur derecho y fractura-luxación de cadera izda en la que se realiza fijación quirúrgica. Permanece estable con ligera distermia. Se inicia tratamiento antibiótico con Ceftazidima y se anticoagula con heparina de bajo peso molecular (HBPM).

Se le coge vía central de subclavia derecha (3 luces). Se realiza cura en quirófano por parte de traumatología de muslo derecho y por parte de cirugía vascular de herida de pierna izda evaluando by-pass que encuentran permeable. En los primeros días está sometido a ventilación mecánica, dada la inestabilidad hemodinámica presentada y la necesidad de drogas vasoactivas. Presenta infección respiratoria y complicaciones por shock hemorrágico lo que retrasa la retirada de la ventilación mecánica. Se le administra NPT (nutrición parenteral total) con alto contenido proteico.

A los pocos días aparece sangrado activo en la zona de by-pass con repercusión severa hemodinámica , shock hipovolémico, politransfundido. Posteriormente hace varios picos febriles que alteran el cuadro clínico iniciando tratamiento antibiótico con Ceftazidima , Linezolid y Metronidazol.

Tras varios intentos fallidos se extuba, comenzando con nutrición oral que tolera bien y retirando la nutrición parenteral.
El paciente se encuentra hemodinámicamente estable con dolor intenso a nivel de pierna izda. El pie se encuentra frío, sin evidencia de pulsos. El paciente se muestra preocupado por la posibilidad de perder la pierna izda.

4 Discusión-Conclusión

Las consecuencias fisiopatológicas y terapéuticas de los pacientes con traumatismo y shock hemorrágico grave son causa de la alta mortalidad que muchas veces se escapan de nuestro control. Son la acidosis, la hipotermia y la coagulopatía las complicaciones que irremediablemente llevan a la muerte a los pacientes cuando no son previstas o prevenidas adecuadamente, y nos obligan a postergar el tratamiento quirúrgico definitivo con el objetivo de lograr una mayor supervivencia, mediante pasos consecutivos y ordenados basados en la tolerancia fisiológica del paciente, elemento este que hasta hace alrededor de una década no se tenía en cuenta en la reanimación del paciente con trauma grave.

Estas estrategias han sido denominadas ”cirugía de control de daños” universalmente concebidas en tres etapas:
- La primera etapa de control de daño, la hemorragia y la contaminación se controlan usando la manera más rápida y simple disponible y se realiza un cierre temporal de la herida.
- La segunda etapa es caracterizada por la corrección de anormalidades fisiológicas en una unidad de cuidados intensivos. Los pacientes son calentados y resucitados, y se corrigen los defectos de coagulación.
- En la tercera fase y final de control de daño, el tratamiento se completa en un paciente estable realizando la reparación definitiva de las lesiones.

Como conclusión podemos decir que el manejo de los pacientes con lesiones complejas y/o exanguinantes ha experimentado cambios en la forma de pensar y de actuar, trayendo consigo una modificación importante en los resultados en cuanto a una disminución sustancial de complicaciones graves y de su mortalidad que ha estado determinada por la preservación de un ambiente fisiológico estable mediante el empleo de un abordaje terapéutico determinado por las tres etapas comentadas anteriormente.

La triada mortal es la traducción de una sumatoria de graves procesos fisiológicos que ocurren alrededor del paciente politraumatizado, por ello es de suma importancia que el cirujano junto a todo el equipo quirúrgico que atiende al enfermo tenga en cuenta su probable desencadenamiento con el propósito de realizar acciones tempranas que eviten sus efectos sobre la vida del paciente.

5 Bibliografía

- McCloskey Dorchterman. J, Bulechnek, G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Cuarta edición. Elservier-Mosby Madrid 2005
- Moorhead, S, Johnson, M. y Mass M. Proyecto de resultados de Iowa. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª Edición. Elservier-Mosby. Madrid 2005
- NANDA: Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2005-2006. Madrid, Elsevier 2007.
- Serrano Parra MªD. y Garrido Abejar M. ”Proceso de Enfermería” en Enfermería Fundamental: Ed. Masson. Barcelona.2004.
- Garcia Castrillo L. Asistencia en caso de catástrofe. Manual de asistencia al politraumatizado. Ed. ELA Grupo ARAN. Madrid 1994

Capítulo 27

COMPARACIÓN ESCALA DEL DOLOR LLANTO VS ESCALA FLACC EN PACIENTES ENTRE 1 MES Y 3 AÑOS DE VIDA EN EL HOSPITAL ÁLVARO CUNQUEIRO

MARÍA FERNÁNDEZ AMBÁS

1 Introducción

La IASP (Asociación internacional contra el estudio del dolor) define al mismo como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a un daño tisular real o potencial (1). Pese a que el dolor en la edad pediátrica es un motivo de consulta relativamente frecuente, es escasamente valorado y en ocasiones infratratado (2). Pese a que a día de hoy nadie duda de que los niños sientan dolor ni que éste dolor requiera de un tratamiento independiente como cualquier otro tipo de síntoma (3) lo cierto es que el interés por el manejo del dolor en la edad pediátrica no comenzó hasta bien mediada la década de los años 90 (1).

Lo cierto es que hasta hace relativamente pocos años el dolor en la edad infantil era considerado un problema de segunda categoría por dos razones principales: la supuesta inmadurez biológica del sistema nervioso infantil, que haría que el niño percibiera con menos intensidad el dolor y dificultaría el recuerdo de la experiencia dolorosa y la creencia preconcebida de que el niño metabolizaría de distinta manera los fármacos opioides y ello los haría más proclives a desarrollar adicciones a los mismos (4). También es cierto que ésta creencia sobre los efectos

de los fármacos en la edad pediátrica está condicionada por la escasez de ensayos clínicos en la edad pediátrica (2).

Para familiarizarnos con el desarrollo evolutivo de la percepción del dolor, a partir de las 7 semanas de edad gestacional el feto tiene ya receptores sensoriales cutáneos en mucosa perioral y a partir de las 20 semanas de gestación hay receptores cutáneos y en mucosas. A partir de las 13 semanas de gestación comienza la diferenciación de las neuronas del asta dorsal de la médula espinal, llegando a la madurez completa a partir de las 30 semanas de gestación, que es cuando ocurre la mielinización de las vías del dolor en el tronco cerebral y tálamo, poco después en tractos espinales. Por tanto los niños nacen con capacidad para sentir el dolor. Es más, los neonatos tienen mayor capacidad para sentir el dolor (8).

La valoración del dolor en la edad pediátrica, sobre todo en el niño menor de 3 años, donde no podemos apoyarnos en la verbalización del menor sobre su propio dolor supone un reto (3). La bibliografía avala que la valoración del dolor previa a la administración de analgesia debe ser exhaustiva, a intervalos regulares por los posibles cambios y también para la evaluación de las intervenciones llevadas a cabo, y debe integrar al niño, a sus padres y a los profesionales de la salud a cargo (6).

La valoración sistemática del dolor como constante vital recae en el personal de enfermería, el cual, muchas veces no tiene la mejor actitud acerca del dolor infantil, ni la experiencia profesional ni siquiera formación encaminada a realizar dicho trabajo (6). Es más, nos encontramos con que a veces los profesionales que trabajan día a día en unidades de pediatría no poseen conocimientos significativamente más amplios que los profesionales que no están familiarizados con el cuidado del niño (7).

En general durante la etapa pre verbal del niño (hasta los 3-4 años de edad aproximadamente) se recomienda el uso de escalas conductuales y comportamentales, llamadas así por valorar cómo se comporta el niño hacia el dolor, perteneciendo a este grupo escalas como la FLACC (9,3).

Los métodos fisiológicos estudian las reacciones fisiológicas del cuerpo humano hacia el dolor midiendo parámetros como: frecuencia cardíaca, tensión arterial o frecuencia respiratoria que son útiles a cualquier edad (9,3). Las escalas autovalorativas son las más utilizadas y las que más aceptación tienen, siendo el propio niño quien expresa la intensidad de su propio dolor útiles a partir de los 3- 4 años de edad (9,3) .

Nuestro hospital es el que mayor población infantil atiende toda Galicia, unos 75000 niños (11) lo cuando hace al EOXI de Vigo un hospital de referencia dentro de Galicia en cuanto a la atención en la edad pediátrica. Sin embargo, a la hora de realizar los registros de enfermería sobre las constantes vitales del niño, al querer realizar una valoración del dolor como constante vital en el niño hospitalizado sólo se nos ofrece la cumplimentación de un formulario con la Escala Visual Analógica (EVA) la cual se trata de una escala autovalorativa que sería indicada para niños mayores de 4 años de edad, dejando a los niños por debajo de esa etapa sin posibilidad de registro oficial de su dolor y sin consenso sobre qué escala utilizar. La intranet del CHUVI en sus procedimientos destaca en el correspondiente al dolor pediátrico la escala FLACC entre el mes y los 7 años y la escala CRIES para la etapa neonatal. Este estudio encuentra su justificación por la incoherencia de no disponer un registro oficial del dolor infantil cuando una de las estrategias SERGAS 2020 es la Tolerancia cero al dolor infantil queriendo implantar procedimientos de atención al paciente infantil con dolor, incidiendo en la necesidad de documentación del mismo(12). Este estudio podría servir para remarcar que la actual posibilidad de documentación y registro no corresponde a toda la edad pediátrica y no va en consonancia con dicha estrategia.

Dada la dificultad mencionada de que los niños por debajo de 3-4 años manifiesten claramente su dolor, muchas escalas de valoración han sido importadas de otros países, en especial de Norteamérica, entre ellas la escala FLACC. Hay que tener en cuenta que todas estas escalas han sido diseñadas para niños y entornos angloparlantes. Aplicarlas en un entorno hispano puede ser dificultoso por déficits en la traducción, diferencias culturales en la percepción del dolor o incluso diferencias en la organización del trabajo (13).

La escala Llanto es una escala encuadrada dentro de las fisiológico-comportamentales. Mide 5 parámetros (llanto, actitud, normorrespiración, tono postural, observación facial) puntuando cada uno de ellos entre 0-2. La puntuación va del 0 al 10 siendo el 0 la ausencia de dolor, entre 1 y 3 correspondería al dolor leve. El dolor moderado correspondería a puntuaciones entre 4-6 y puntuaciones de 7-10 nos orientarían a un dolor intenso (14) .

La escala FLACC también es una escala considerada del tipo fisiológico-comportamental. Mide 5 parámetros (cara, piernas, actividad, llanto, consolabilidad) puntuando cada uno de ellos entre 0-2. La puntuación va desde 0 (sin dolor), 1-2 dolor leve, 3-6 moderado y 7-10 intenso . Dicha escala está validada en población angloparlante desde el año 2003 (15).

2 Objetivos

Objetivo principal:
-Valorar si las escalas de valoración del dolor agudo basadas en parámetros comportamentales FLACC y Llanto son equiparables en cuanto a su puntuación en población española de entre 1 mes y tres años.

Objetivos secundarios:
-Analizar la concordancia entre los puntos medios de ambas escalas.
-Verificar la correlación entre diferentes observadores en cuanto a los valores de la escala Llanto.

3 Metodología

Estudio observacional prospectivo de una cohorte.
Los criterios de inclusión en el estudio serían los siguientes:
1. Niño de edad entre un mes y tres años ingresado en el área de lactantes-preescolares del Hospital Álvaro Cunqueiro.
2. Ingreso mayor o igual a 24h.

Los criterios de exclusión, en base a los niños que presenten:
1. Algún tipo de retraso psicomotor y/o déficit cognitivo.
2. Alteraciones en la movilidad, tipo paresias o plejias.
3. Dolor crónico.
4. Patrón respiratorio alterado.
5. Han recibido analgesia próxima a la toma de constantes.
6. Sus padres/tutores legales se nieguen a participar en el estudio.

Calculamos que para obtener un valor de concordancia de al menos 0,6 con una potencial del 80% se necesitan 126 pacientes.

La primera acción que se llevaría a cabo sería la petición de permiso a la dirección del hospital, a la jefatura de servicio y supervisión de área pediátrica y al comité de ética de Galicia para proceder a informar en las plantas de hospitalización pediátrica del estudio a realizar.

La investigadora principal se pondría en contacto con el supervisor/a de la planta (3ª vela E) para solicitarle su colaboración, además de actuar como investigador/a colaboradora (observador/a nº1). Del servicio, se solicitaría la colaboración de 1

pediatra adjunto habitual de la planta (observador/a 2) y de un residente de pediatría (MIR o EIR) que se encuentre rotando en la unidad (observador/a 3). La petición de colaboración se realizaría en una reunión con el personal de planta. El personal colaborador recibiría formación en ambas escalas por parte de la investigadora principal, quien además quedaría a su disposición para la resolución de posibles dudas. La razón por la cual se incluyen estos perfiles tan distintos es para evitar la validación de la escala por el uso de perfiles laborales parecidos, los cuales podría parecer lógico que hicieran mediciones similares.

Se solicitaría al supervisor/a de planta, como gestor/a de las camas y de la ocupación de planta, que fuera el/ella quien, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, le facilitase un listado de los posibles participantes a la investigadora principal, quien se personaría en la planta para facilitarles información tanto verbal como escrita (hoja de información para padres/tutores legales, anexo 2) y solicitaría su participación mediante la firma de consentimiento informado (anexo 3). Además, se les animaría a consultar toda duda que les surgiera mediante los medios de contacto con la investigadora principal facilitados en la hoja informativa. De no firmar el consentimiento informado, se volvería a realizar una visita al día siguiente, previa a la recogida de datos para recolectarlo. Una vez firmado el consentimiento informado sería custodiado por la investigadora principal y se informaría a los investigadores colaboradores de cuáles son los pacientes incluidos en el estudio cara a la recogida de datos. Se irían añadiendo sujetos al estudio mediante muestreo consecutivo hasta completar el tamaño muestral deseado.

La investigadora principal se desplazaría a la planta para la recogida de datos los días de recogida de los mismos a las 15h, recogiendo las hojas de recogida de datos en mano observador por observador a fin de mantener en secreto las puntuaciones otorgadas por los mismos.

Procedimiento:
La captación de sujetos se realizaría por parte de la investigadora principal del modo antes expuesto. Ésta se realizaría los lunes y miércoles de cada semana, cara a realizar la recogida de datos los martes y jueves. De coincidir el día de recogida de datos en día festivo, se pospondría dicha recogida para el siguiente día que correspondiera. La recogida de datos se realizaría entre las 24 y 48h de ingreso del niño.

Después de la aceptación de participar el estudio y tras la firma de consentimiento informado, los observadores 1,2 y 3 realizarían durante el pase de visita las de-

terminaciones de FLACC y LLANTO y se reflejarían en la hoja de recogida de datos, la cual sería independiente para cada observador de manera que no puedan conocer la puntuación otorgada por los otros observadores. Al ser las hojas de recogida personalizadas se conocerán los valores otorgados por cada observador de cara al análisis de correlación entre observadores. Las hojas de recogida de datos aportarían datos identificativos del niño, sin nombre y apellidos, mediante un número asignado a cada uno en base a su número en la muestra, para el posterior contraste de datos entre observadores, además de datos sociodemográficos de interés para el estudio. Se recogerían las puntuaciones de cada niño incluido en el estudio en 3 hojas de datos, una por cada observador, identificadas con su número particular de muestra para el posterior contraste de información.

El reparto de tareas sería el siguiente:
-Supervisor/a de unidad: selección de potenciales participantes, comunicación de estos a la investigadora principal, observador/a 1.
-Pediatra adjunto de unidad y residente de pediatría: valoración del grado de dolor en los sujetos participantes en el estudio mediante escalas FLACC y Llanto. Registro de estas de forma adecuada. Observadores 2 y 3.
-Investigadora principal: captación de sujetos, entrega de documentación, resolución de dudas, formación del personal colaborador sobre ambas escalas, presentación de documentación pertinente (CEIC, permisos a dirección de hospital y/o servicios), custodia de consentimientos y hojas de registro, registro de datos pertinentes de plataforma de análisis estadístico.
1. Variables descriptivas: género (0 varón-1 mujer), edad (en meses, de 1 a 36), causa de ingreso.
2. Variables incluidas en el estudio: observador (1,2 o 3), puntuación escala FLACC (1-10), puntuación escala LLANTO (1-10).
La recogida de los datos para analizar la realizarán los 3 observadores en sus hojas de datos personalizadas (es decir, la hoja de recogida reflejará a qué observador pertenece). La custodia de los datos y los consentimientos la realizará la investigadora principal.

Se recogerá además la edad y el género de los niños incluidos en el estudio, además de la causa de ingreso. Los datos de los niños se recogerán de forma anónima, identificados únicamente por el número de orden que se les atribuye dentro de la muestra, que será reflejado así mismo en la hoja de recogida de datos. Los datos que se quedarán recogidos durante la intervención serán las puntuaciones de las escalas FLACC y Llanto y el número de observador.

Todos los datos se registrarán y analizarán en un software de análisis estadístico sin ningún tipo de identificación personal. El software empleado será PSPP para Windows O.S, versión 1.0.1-g818227; GNU PSPP; EE.UU.

Para la descripción de las variables recogidas se emplearán medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas como es el sexo, la edad y las puntuaciones de las escalas (media y desviación estándar para los datos que presentan distribución normal y percentiles para aquellas que no la siguen). Las variables cualitativas como el género se analizarán empleando frecuencias absolutas y porcentajes.

La concordancia entre los puntos medios de ambas escalas se medirá mediante la prueba Kappa de Cohen. La correlación entre las puntuaciones otorgadas por los diferentes observadores se analizaría mediante la prueba de correlación de Spearman. El nivel de significación para todos los contrastes de hipótesis será inferior a 0.05.

4 Bibliografía

1. Eberhart ME, Ximena Mora, D. Manejo del dolor en el paciente pediátrico. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2004[citado 23/04/2018] 75 (3); 277-279. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0370-41062004000300012&script=sci_arttext
2. Breña Escobar D. Protocolo para el manejo del dolor en Pediatría. Rev. Med. Electrón [Internet]. 2009[citado 23/04/2018] v.31 n.1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242009000100008
3. Travería Casanova J, Gili Bigatá T, Rivera Luján J. Tratamiento del dolor agudo en el niño: analgesia y sedación. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP [Internet]. Disponible en: https://www.aeped.es
4. Malmierca Sánchez F, Pellegrini Belinchon J, Malmierca AJ. Valoración del dolor en Pediatría. En: curso de formación continuada en dolor en pediatría, Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (2ªentrega)[Internet] Madrid: Pediatría Integral 2008; [citado 24/04/2018]. Disponible en: https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/01/DOLOR_Valoracion.pdf
5. Bernadá M. Comentario sobre: Directrices de la OMS sobre el tratamiento del dolor en niños con enfermedades médicas. Arch. Pediatr. Urug [Internet]. 2013[citado 24/042018] vol.84 no.2. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy

6. Aguilar Cordero MJ, Mur Villar N, Padilla López CA, García Espinosa Y, García Aguilar R. Actitud de enfermería ante el dolor infantil y su relación con la formación continua. Nutr. Hosp [Internet]. 2012[citado 24/04/2018] vol.27 no.6. doi: 10.3305/nh.2012.27.6.6029
7. Lobete Prieto C, Rey Galán C, Kiza AH. Comparación de los conocimientos sobre dolor infantil en 2 poblaciones de profesionales de enfermería. Anales de pediatría [Internet]. 2015[citado 24/04/2018] 82(1):158-64. doi: 10.1016/j.anpedi.2014.02.007
8. López Chacón MS, Villafuerte Martínez DL, Cabezas Murgueytio M (dir). ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA PERCEPCIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO Y LA INTENSIDAD DEL DOLOR OBTENIDA A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DE LA ESCALA CARA, PIERNAS, ACTIVIDAD, LLANTO Y CONSUELO (FACE, LEGS, ACTIVITY, CRYING AND CONSOLABILITY) EN NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS QUE ACUDEN CON ESTE SÍNTOMA AL HOSPITAL PEDIÁTRICO BACA ORTIZ" [Tesis doctoral en internet]. [Quito]: PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR; 2011 [citado 24/04/2018]. Disponible en: http://repositorio.puce.edu.ec
9. Quiles MJ, van-der Hofstadt CJ, Quiles Y. Instrumentos de evaluación del dolor en pacientes pediátricos: una revisión (2ª parte). Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2004[citado 24/04/2018] 11: 360-369. Disponible en: http://scielo.isciii.es
10. Suárez R. El Cunqueiro abre un área de despertar infantil pionera. Atlántico diario[Internet] 2 de Abril de 2016[citado 24/04/2018]. Disponible en: http://www.atlantico.net
11. Estrategia SERGAS 2020. Consejería de Sanidad de Galicia. Disponible en: https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/557/SERGAS_ESTRATEXIA_2020_280316_cas.pdf
12. Manworren RCB, Hynan LS. Clinical validation of FLACC: Preverbal patient pain scale. Pediatric Nursing[Internet]. 2003[citado 24/04/2018] 29(2): 140-6. Disponible en: https://search.proquest.com
13. Reinoso-Barbero, F., Lahoz Ramón, A., Durán Fuente, M., Campo García, G. and Castro Parga, L. (2011). Escala LLANTO: instrumento español de medición del dolor agudo en la edad preescolar. Anales de Pediatría, 74(1), pp.10-14.
14. Merkel, S., Voepel-Lewis, T., Shayevitz, J. and Malviya, S. (1997). The FLACC: A Behavioral Scale for Scoring Postoperative Pain in Young Children. Pediatric Nursing, 23(3), pp.293-7.
15. Manworren, Renee C B; Hynan, Linda S. (2003) Clinical validation of FLACC: Preverbal patient pain scale. Pediatric Nursing,29 (2), pp.140-6.

Capítulo 28

PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE LA EXTRAVASACIÓN DE CITOSTÁTICOS

LAURA VEGA NAREDO

TAMARA DEL RÍO RODRÍGUEZ

1 Introducción

Llamamos citostático a aquella sustancia capaz de inhibir o impedir la evolución de la neoplasia, restringiendo la maduración y proliferación de células malignas, actuando sobre fases específicas del ciclo celular y por ello, son activas frente a células que se encuentran en proceso de división.

Las células cancerosas crecen y se reproducen muy rápidamente, y por ello los medicamentos que se usan para el tratamiento de quimioterapia, en general, son aquellos que atacan las células de crecimiento rápido, interactuando con su ADN, su ARN o con la síntesis de proteínas celulares. De igual forma, los medicamentos que se usan para combatir el cáncer también pueden afectar a las células normales de tejidos de rápida renovación, y en ocasiones causar efectos secundarios indeseable.

Se define extravasación como la salida no intencionada de un fármaco citostático al espacio perivascular o subcutáneo durante su administración. Las causas pueden deberse a factores intrínsecos del vaso sanguíneo o por el desplazamiento de la cánula o aguja fuera de la vena. Es una de las complicaciones graves que pueden darse durante la administración de los mismos con consecuencias serias para el paciente, como afectación de la funcionalidad de la extremidad donde se produjo el accidente (aguda o permanente).

2 Objetivos

Analizar comprensivamente la producción científica sobre los cuidados de enfermería en la prevención y extravasación de citostaticos. Es fundamental que el profesional de enfermería esté entrenado y tenga conocimientos sobre la toxicidad de estos fármacos, los factores de riesgo, el tratamiento y la prevención de estas complicaciones para minimizar sus consecuencias.

3 Metodología

Se realizada una revisión bibliográfica con el objetivo de sintetizar las mejores intervenciones o actuaciones preventivas para evitar la extravasación de citostáticos. Las bases de datos utilizadas son Google Academic, Pubmed, Sciencie Direct. Utilizando como palabras clave: extravasación, citostático, efectos adversos y toxicidad. Fueron seleccionados artículos en español, ingles y portugués de los últimos cinco años.

4 Resultados

Se realizó una selección de las publicaciones considerando su adecuación a la temática propuesta en esta revisión. Se procedió a la lectura de su resumen. Finalmente, fueron seleccionados 12 artículos, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados. La incidencia de extravasación de Citostáticos oscila entre el 0.1 al 6% de las infusiones intravenosas periféricas. La extravasación es una complicación grave, ya que, los tejidos donde el fármaco penetra tiene escasa capacidad de neutralización, lo que hace factible la lesión y necrosis. El grado del daño puede producirse a largo plazo dependiendo de: la cantidad de fármaco extravasado, concentración del mismo, del tiempo de exposición, de la zona en la que se produce y de las características tóxicas del producto.

Factores a tener en cuenta para la prevención:
-Se debe contar con personal entrenado para la administración de estos fármacos.
-Preferentemente administrar por accesos vasculares centrales (tipo reservorio) y/o centralizados. De no ser posible, tener en cuenta el sitio de punción del catéter periférico, lo ideal es abordar venas del antebrazo. Evitar las zonas de flexiones y dorso de la mano.
-Evitar miembros inferiores y partes anatómicas con edemas; con lesiones motoras, sensitivas y hematomas.

-Uso de cánula adecuada (el calibre óptimo).
-Antes de comenzar la infusión del químico, corroborar la permeabilidad del accesos vascular (utilizando soluciones isotónicas en la prueba) y/o el retorno venoso.
-Administración adecuada en ritmo y velocidad.
-Si se administra más de un fármaco, realizar lavado correspondiente entre un fármaco y otro para evitar interacción entre ellos.
-La zona de venopunción debe quedar visible.
- Administrar primero el medicamento vesicante y si fueran dos vesicantes primero el de menor volumen.
-Informar siempre al familiar y/o al paciente si comprende, sobre el riesgo de extravasación y para avisar al profesional si observa alguna situación comprometida con la infusión.

Por otro lado se sospecha de extravasación cuando:
- El paciente refiere quemazón, dolor o picor.
- Hay eritema, hinchazón, palidez, piel caliente o fría en la zona de inyección.
- Existe una disminución del flujo de inyección.
En algunos casos pueden ocurrir extravasaciones a distancia debidas a extracciones sanguíneas o cateterizaciones previas del mismo vaso pero en un punto de acceso diferente o el fenómeno de recuerdo, que consiste en observarse signos de extravasación en un lugar donde previamente ya se había producido una extravasación al administrar de nuevo el mismo citostático.

Clasificación de los citostáticos:
-Vesicantes.Tienen el potencial de causar daño grave del tejido, ampollas, desprendimiento de la piel y necrosis tisular.
-Irritantes. Pueden causar dolor en el sitio de extravasación y a lo largo del acceso venoso, puede haber o no reacción inflamatoria local, no causan necrosis, pueden provocar una dolorosa irritación del endotelio venoso, vasoespasmo y a menudo se asocian a flebitis química.
-Otros, no agresivos.

La actuación ante una extravasación sera la siguiente:
-Una vez identificado el tipo de citostático extravasado, la actuación debe ser rápida y eficaz, realizando medidas específicas e inespecíficas al fin de evitar mayores complicaciones. Se aclara que con cada extravasación hay que actuar de la manera que corresponda para neutralizar el fármaco extravasado.
-Contar con un kit de extravasación con los elementos necesarios para actuar. El kit debe contar con: Dimetilsulfóxido al 99% (líquido de uso tópico), ungüento de

hidrocortisona al 1%, Hidrocortisona de 100 mg IV, Jeringas de 1cc y agujas 25G, guantes estériles, compresas para aplicar frío y/o calor secos.
-Medidas Generales: detener rápidamente la infusión del fármaco. Dar aviso inmediatamente al médico responsable y avisar a Farmacia.
- Antes de retirar el catéter tratar de aspirar la mayor cantidad del fármaco extravasado. Si se forman ampollas en la zona afectada, absorber con una jeringa de 1cc y aguja de insulina.
-Uso de los antídotos adoptados por la Institución (no realizar medidas no consensuadas).
-Marcar los bordes de la zona extravasada para poder evaluar su avance.
-Elevar la extremidad por encima del nivel del corazón por 48 hs, higiene de la zona sin sumersión ni refregado.
-Evitar cualquier fricción o presión sobre la zona, como así el uso de medicamentos, pomadas o topicaciones no indicadas.
-Seguimiento exhaustivo de la lesión durante las primeras 24/48 hs y en los días siguientes (en caso de lesiones profundas, debe ser evaluado y abordado por el especialista que corresponda).

Como medidas específicas para evitar la necrosis y ulceración de la zona se tendrán en cuenta:
-Antídotos: Dimetilsulfóxido (DMSO 99%) indicado cuando extravasan antraciclinicos. Se aplicarán de forma tópica sobre el doble del área afectada. Hialuronidasa 150 –900 UI (diluida en 3cc de solución fisiológica), recomendada en caso de extravasación con derivados de la vinca (solo indicada por el profesional médico).
-Corticoides: como antiinflamatorio.
-Antibióticos: si hay sospecha de infección.
-Analgésico: manejo del dolor.
-Medidas físicas: frío seco y/o calor seco.

5 Discusión-Conclusión

Según los resultados de la bibliografía revisada se concluye que el personal de enfermería que se dedica a la administración de citostáticos debe tener una adecuada y actualizada formación en el tema. La importancia de actuar de forma rápida y con conocimientos ceñidos a los protocolos institucionales permite mayor seguridad en la toma de decisiones.

El principal problema que nos podemos encontrar es la falta de conocimiento del personal asistencial acerca del tratamiento del paciente oncológico con quimioterapia intravenosa. Es muy importante que éste sea capaz de detectar y tomar decisiones que minimicen los posibles daños, y así poder brindar cuidados con seguridad y calidad.

Los cuidados en el manejo de las extravasaciones han permanecido estables en el tiempo, debido a la poca evidencia de los antídotos, ya que se han basado en estudios de casos y animales que en la mayoría se realizaron en el pasado. Debido a esto se ha enfatizado en la prevención en los últimos años con mucha más fuerza.

Es importante educar al paciente y a la familia ya que los hace conocedores de cuáles son los cuidados más pertinentes para minimizarlos riesgos de extravasación, además el conocer las posibles consecuencias de una extravasación los hace poner un mayor empeño en cuidar el acceso venoso y cooperan en avisar con prontitud ante el evento de una extravasación, lo que permite una detección a tiempo y una atención rápida que hace que se minimicen los riesgos de daño tisular y secuelas físicas y funcionales para el paciente.

Bajo mi punto de vista, hace falta más investigación y por consiguiente tener más publicaciones que ayuden a aplicar mejores cuidados en los pacientes.

6 Bibliografía

1. https://es.slideshare.net/maur_jmp/algoritmo-extravasacion
2. Fernández-González, A. (2016). Prevención de la Extravasación de Citostáticos por Enfermería.Trabajo de Grado, 1-50.
3. Instituto Nacional De Cancerología. (2016). Actualización del Protocolo de Extravasación. Bogotá, Colombia
Aldea de la Fuente, A. (2016). El Control del citostatico durante su recorrido hospitalario.Trabajo de Grado. Universidad de Valladolid. España.
5. Gómez Gómez, B (2018). Manejo de la extravasación de citostáticos: una mirada desde enfermería. Facultad de Enfermería Medellín.

Capítulo 29

NECESIDADES DE LOS FAMILIARES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE CABUEÑES

TAMARA DEL RÍO RODRÍGUEZ

LARA HUERTA ROCES

1 Introducción

El sistema nacional de salud (SNS) es el modelo sanitario que actualmente se utiliza en España. Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012), se define como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, que engloba las funciones y prestaciones sanitarias entre las que se encuentran los servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores, de promoción y de mantenimiento dirigidos a los ciudadanos que son financiados por los presupuestos generales del Estado. Este modelo es creado para hacer efectivo uno de los derechos del ser humano, el Derecho a la Protección de la Salud, establecido en el artículo número 43 de la Constitución Española (Ley de Cohesión y Calidad, 2003).

El SNS engloba su asistencia en dos niveles. Un primer nivel asistencial o atención primaria, representado por las zonas básicas de salud y los centros de salud, en el cual los profesionales multidisciplinares pueden prestar su asistencia in situ o desplazarse hasta el domicilio si es necesario y un segundo nivel asistencial o atención especializada, representado por hospitales y centros de especialidades,

en los cuales la atención se puede prestar de manera ambulatoria o en régimen de ingreso. Las actividades que se prestan son tanto de prevención de enfermedades, promoción de la salud como de rehabilitación (Ministerio de Sanidad, Servicio Social e Igualdad, 2012).

El sistema sanitario español se rige por los principios de universalidad, carácter público y gratuidad. La equidad, calidad y la participación son objetivos comunes que constituyen el núcleo básico del Sistema Nacional de Salud y proporciona unos derechos comunes a todos los ciudadanos (Ley de Cohesión y Calidad, 2003). Las unidades de cuidados intensivos (UCIs) son espacios cerrados y servicios específicos de elevada complejidad ubicados dentro de un hospital, con características físicas y técnicas concretas que están destinados a la atención de pacientes en condiciones críticas de salud (Zaforteza, Gastaldo, Sánchez, de Pedro y Lastra, 2004). El tipo de pacientes que es tratado en estas unidades de trabajo, requiere de una asistencia multidisciplinar y continua, contando con el manejo de tecnologías complicadas por parte de una serie de profesionales sanitarios específicamente capacitados y entrenados para ello (Gómez, Monsalve, Soriano y de Andrés, 2007).

Tal como indica el Ministerio de Sanidad y Política Social (2010), en el documento de estándares y recomendaciones para los cuidados en una unidad de cuidados intensivos, el tipo de pacientes que han de ser tratados en una UCI son aquellos que, siendo susceptibles de recuperación, precisan apoyo respiratorio completo o básico junto con el soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como también, todos los pacientes complejos que requieran una ayuda debido a un fallo multiorgánico frente al que se encuentran expuestos.

El ingreso en sí, en cualquier área del hospital, es un hecho que produce trastornos en los seres humanos tanto físicos como psicológicos ya que la situación a la que se enfrentan y el lugar en el que se encuentran encamados, comúnmente, es un sitio desconocido para ellos y por lo general impactante. Estos trastornos pueden influir en la evolución de la enfermedad, facilitando o interrumpiendo su curación, por ello es muy importante intentar establecer la mayor normalidad posible ante esta crisis (Llamas-Sánchez et al., 2009; López et al., 2011; Santana et al., 2007; Blanca, Blanco, Luque y Ramírez, 2008; Ullman et al., 2014).

La mayoría de los cuidados que se prestan en una UCI se centran en el plano físico, puesto que el perfil de un paciente que ingresa en un servicio de tales características es normalmente crítico e inestable, por lo que precisan que la atención de los cuidados se centre en el cuidado del paciente (Santana et al., 2007) dejando

así, a un lado, aquellos trastornos que afecten al plano tanto psicológico como social. De este modo, es importante destacar que una parte esencial del entorno del paciente a la que no se le suele prestar cuidados es la familia, a pesar de que en la actualidad se considera ésta como un elemento rigurosamente importante dentro del desarrollo del ser humano (Pérez, Najarro, dulce, Gallardo y Fernández, 2009).

Dicho esto, las necesidades de ambos, paciente y familia, no quedarían cubiertas al completo provocando frustración y diversos efectos que entorpecerían alcanzar un nivel adecuado de salud (Beltrán-Salazar, 2008; Beltrán-Salazar, 2009).Según las últimas recomendaciones de calidad y seguridad asistencial en la unidad de cuidados intensivos, aportadas por el Ministerio de Sanidad y Política Social (2010), la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI), que recoge la estadística de centros sanitarios de Atención Especializada, identificaba en España, 4.975 camas de Medicina Intensiva en hospitales de agudos, lo que representa el 4,3% de las mismas en funcionamiento en ese tipo de hospitales. De ese total, el 77% (3.809 camas) se correspondían con las que estaban ubicadas dentro de la UCI, distribuyéndose el resto entre unidades de cuidados coronarios (10%), de cuidados intensivos neonatales (11%) y de quemados (2%). En las 3.809 camas de UCI se atendieron 210.984 pacientes con una estancia media de 4,6 días (índice de ocupación: 69%).

En base a estos datos, se puede observar el elevado porcentaje de asistencias recibidas en UCI, más del 70%, y por tanto sería interesante así como necesario llevar a cabo una buena planificación que cubra los aspectos biopsicosociales del ser humano y así poder alcanzar un nivel de cuidados óptimo. Se puede definir necesidad humana como una sensación de carencia de algo unida al importante deseo de satisfacerla. Las necesidades humanas se manifiestan a través de conductas, las cuales son la expresión de dichas necesidades (Elizalde, Martí y Martínez, 2006).

Según explican Hernández y Guardado (2004) dentro del paradigma humanista enfermero, es fundamental la aportación de Virginia Henderson que en el año 1955 introdujo el término de necesidad humana para explicar el concepto de cuidado, definiendo la necesidad como todo aquello que es esencial al ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar.

El Hospital de Cabueñes pertenece a la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, situado en la localidad de Gijón, concretamente en el área sanitaria número V.

La Unidad de Cuidados Intensivos del hospital de Cabueñes se encuentra en la quinta planta del hospital, consta de 2 unidades, cada uno de ellas compuesta por siete camas. Es una unidad polivalente en la que se atienden varias patologías. También cuentan con una unidad de coronarias que está situada en la primera planta que consta de 4 camas.

El Hospital de Cabueñes es el hospital de referencia para recibir casos de ictus, código corazón y pacientes con patología respiratoria que precisen de respirador del área sanitaria número VI, donde se encuentra el hospital de Arriondas puesto que en este último mencionado, no disponen de los materiales necesarios para tratar a este tipo de pacientes. También serán tratados en el área V aquellos pacientes que por su gravedad, independientemente de la patología, precisen de tecnologías o técnicas inexistentes en el hospital de Arriondas. Además de ser el hospital de referencia del área VI, también serán tratados aquellos pacientes derivados de las áreas sanitarias III, VII y VII que se corresponden con las zonas de Avilés, Mieres y Langreo respectivamente si en estos hospitales están ocupados y en Gijón pueden ser atendidos; incluso pacientes retornados del área de Oviedo.

Los pacientes que precisen cirugía de tórax siempre serán derivados para su atención al Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) situado en la localidad de Oviedo, perteneciente al área IV, así como aquellos que precisen algún tipo de técnica concreta de la que no se disponga en Gijón.

El reparto de profesionales sanitarios en el turno será siempre de un médico para cada dos pacientes, excepto cuando hay médicos de guardia que constan de dos y residentes. Hay 3 enfermeras por cada unidad, una para cada dos pacientes, con excepción de una de ellas que podrá llevar a 3 y en el caso de las auxiliares de enfermería, cada unidad estará formada por dos, lo que quiere decir una auxiliar para cada cuatro pacientes y de lunes a viernes contarán con otra auxiliar que se encargará del material (limpieza, reposición, etc.).

Los turnos de trabajo del personal de enfermería serán siempre fijos y rotatorios, constando de dos mañanas, dos tardes, dos noches y cuatro días de descanso. Se contará con dos turnos de visita, por las mañanas el horario establecido será de 13:00 a 14:00 y por las tardes de 18:00 a 20:30. En el horario de mañanas, las visitas serán acompañadas por el médico quien les expondrá la situación del paciente y resolverá las dudas que sean necesarias. Después de finalizar el horario de visita matutina, los médicos se reunirán de 14:00 a 14:30 para realizar una sesión clínica sobre sus pacientes. A las 14:30 llegará el médico de guardia.

Se permiten dos visitantes por cada paciente, pudiendo éstos rotar con otros visitantes siempre y cuando dentro de la UCI estén dos únicamente. Para entrar a visitar al paciente, tendrán que realizar un lavado de manos y utilizar un desinfectante, así como colocarse una bata desechable que se depositará a la salida en un cubo. En el caso de que algún visitante quiera tocar al paciente, será obligatorio el uso de guantes y si se trata de pacientes que tengan algún tipo de aislamiento respiratorio, de contacto o ambos, se utilizarán las medidas pertinentes siempre explicadas previamente por algún personal sanitario, generalmente por enfermería.

El personal médico realizará su cambio de turno entre las 8 y las 8:30 y el personal de enfermería de 7:45 a 8:15 aproximadamente, durante el cual se comentará la situación de los pacientes al siguiente profesional sanitario que les atenderá.

El pase de visita médica no tiene horario exacto, pasarán a lo largo del día y lo harán acompañados de la enfermera del paciente y en alguna ocasión de la supervisora de enfermería o jefa del servicio. El número de pacientes atendidos a lo largo del año 2014 ha sido un total de 277, existiendo variabilidad según los meses que rondan más o menos alrededor de 30 ingresos, número exacto en diciembre de 2014. La cifra de ingresos en los meses de verano suele ser algo inferior. Se tratará de un estudio observacional, descriptivo y transversal. Los sujetos a estudio serán todos los familiares o los cuidadores principales de los pacientes que ingresen en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Cabueñes, entre los meses de mayo y diciembre de 2015. Teniendo en cuenta que según fuentes del registro del Hospital de Cabueñes, la media de ingreso mensual es en el Área de Cuidados Intensivos es de 30 pacientes al mes. La muestra estará constituida por 210 familiares.

2 Objetivos

Objetivo principal:
-Evaluar las necesidades generales que tienen los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Cabueñes.

Objetivos secundarios:
-Comprobar si las variables sociodemográficas influyen en las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en la UCI.
-Determinar la necesidad de información y su influencia con los factores sociodemográficos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente así como una revisión de los protocolos de actuación de diferentes centros sanitarios. Identificando el protocolo de actuación más aceptado y actualizado

Dentro de la población diana se encuentra la población a estudio, la cual está formada por los pacientes que cumplen los criterios de inclusión y exclusión que se indican a continuación. Criterios de inclusión que deben formar los familiares de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Cabueñes:
-Desempeñar el papel de familiar o cuidados principal o allegado.
-Acceder a participar voluntariamente en el estudio.
-Ser mayor de edad.
-No padecer déficits cognitivos.
-Familiares de pacientes que estén ingresados en la unidad más de 24 horas.
-No ser profesional sanitario ni el paciente ni a la persona a la que vaya dirigido el cuestionario.
Criterios de exclusión:
-Aquellos pacientes que no tengan familiares, allegados o acompañantes durante su ingreso en la unidad.
-Aquellos pacientes que expresan su deseo de que no quieren que la familia sea informada de su estado de enfermedad.
-Aquellos que no hablen castellano.

Para poder realizar la recogida de datos necesarios para llevar a cabo este proyecto se utilizarán dos cuestionarios, uno de ellos se utilizará para valorar las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en UCI y un segundo cuestionario para valorar la opinión de los familiares participantes en el estudio.

Versión breve del cuestionario de Nancy Molter y la encuesta de evaluación de necesidades de familiares de pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos.

4 Resultados

Para la realización de este estudio se precisará del permiso de Gerencia, de la Dirección de enfermería del Hospital de Cabueñes, así como de la supervisora de enfermería de la unidad de cuidados intensivos (UCI) del hospital. También se necesitará entregar una solicitud al Comité ético de investigación del Principado de Asturias.

La recogida de datos se desarrollará en la UCI del Hospital de Cabueñes una vez que los permisos sean aprobados durante los meses de diciembre de 2015 a marzo de 2016. Para llevarlo a cabo, se utilizarán dos cuestionarios, uno de ellos para evaluar de forma general las necesidades de los familiares y otro de ellos para valorar las características sociodemográficas así como la opinión de los mismos de modo más específico.

Posteriormente se informará a la supervisora de la unidad para comenzar la realización del estudio y se solicitará la colaboración del personal de enfermería informándoles acerca de los objetivos perseguidos en el estudio. Se acudirá personalmente a la unidad una semana al mes durante los meses de diciembre de 2015 a marzo de 2016, en horario de pase de visita tanto por las mañanas como por las tardes para la entrega de los cuestionarios a un paciente o cuidador principal por cada paciente ingresado en la unidad explicándoles en qué consiste el estudio. Así mismo se utilizará esa semana del mes para explicar a los profesionales de enfermería en qué consisten los cuestionarios y como han de repartirlos a lo largo de los días restantes del mes. Los cuestionarios y el consentimiento informado se entregarán en sobres independientes y cerrados, cada uno de ellos numerado con el número correspondiente al buzón en que tendrán que ser depositados tras su finalización. Los cuestionarios número 1 y 2 llevarán el mismo número de registro para poder establecer las correspondientes relaciones tras llevar a cabo el estudio.

Los familiares podrán depositar los cuestionarios cubiertos y el consentimiento informado en un sobre cerrado cada uno de ellos a la salida de la unidad en los 3 buzones que se situarán en el control de enfermería. Uno para el cuestionario de las necesidades (buzón número 1), otro para el cuestionario de opinión (buzón número 2) y otro para el consentimiento informado (buzón número 3). Se les explicará que los cuestionarios no podrán ser sacados de la unidad, solamente se podrán entregar in situ y la participación en el estudio será completamente voluntaria. También se insistirá acerca de que los cuestionarios rellenados son

estrictamente confidenciales y serán utilizados con fines de investigación con el objetivo de mejorar el servicio asistencial.

Una vez recogidos los datos, se analizarán en el programa estadístico SPSS y se extraerán las conclusiones oportunas.

5 Discusión-Conclusión

Por todo lo anteriormente expuesto, consideramos que el paciente es un ser bio-psico-social y por tanto, es necesario brindar cuidados de enfermería que cubran todos los aspectos del ser humano de manera holística e integral (Alfonso et al., 2007). No debemos olvidar que no sólo existe un plano físico en el que hay que centrar los cuidados, sino también un plano emocional y otro no menos importante, social, como hemos mencionado con anterioridad (Pérez, Najarro, dulce, Gallardo y Fernández, 2009).

Siendo una cuestión básica en los cuidados cubrir las necesidades del paciente (Santana et al., 2007; Gómez, Ballester y Gil, 2011; Fabrellas, Vélez y Pueyo, 2007) sin olvidarnos de las necesidades de la familia, las cuales no han sido consideradas hasta los 70 y que de no ser cubiertas podrían repercutir en su salud y provocar la aparición de un estado de crisis (Santana, Kimura, y Azevedo, 2007; Pardavila, y Vivar, 2012; Pérez et.al, 2007; Gómez, Monsalve, Soriano y de Andrés, 2006; Padilla, 2014: Díaz y Díaz, 2004).

A pesar de esta apreciación, no han sido muchos los estudios encontrados en España (Alfonso et al., 2007; Blanca, Blanco, Luque y Ramírez, 2008; Díaz y Díaz, 2004; Gómez-Carretero, Monsalve, Soriano y de Andrés, 2006; Gómez Martínez, Ballester, Gil, 2011; Hidalgo, Vélez, Pueyo, 2007; Llamas-Sánchez et al., 2009; Fortunatti, 2014;) que se centren en la valoración de las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en una UCI. Se han encontrado varios los autores (Santana et al., 2007; Padilla 2014; Llamas et al., 2009) que hacen mención a las escasas investigaciones realizadas sobre las necesidades de la familia a pesar de que cada vez es más notable la importancia de las mismas para lograr llegar al objetivo de un cuidado integral del paciente (Gutiérrez et al., 2007; Najarro, Dulce, Gallardo y Fernández, 2010; Hidalgo, Vélez, Pueyo, 2007; Alfonso et al., 2007).

Por todo ello, consideramos importante incidir en el estudio de las necesidades en los familiares de los pacientes ingresados en la UCI.

6 Bibliografía

1. Alfonso Pérez, DP., Fernández Vázquez, M., García Navarro, S., Contreras Pereira, I., Cumbreras Díaz, EM. y Martín Sánchez, B. (2007) Información Enfermera: Satisfacción de los familiares de pacientes en cuidados críticos. Biblioteca Las Casas, 3 (1). Recuperado de: http://www.index-f.com
2. Beltrán-Salazar. (2008). La práctica de enfermería en cuidado intensivo. Aquichán 8 (1), 50-63. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v8n1/v8n1a05.pdf
3. Beltrán-Salazar. (2009). La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. Aquichán 9 (1), 23-37. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n1/v9n1a03.pdf
4. Blanca Gutiérrez, J.J., Blanco Alvariño, A.M., Luque Pérez, M., Ramírez Pérez, M.A. (2008). Experiencias, percepciones y necesidades en la uci: revisión sistemática de estudios cualitativos. Enfermería Global 12, 1-14. Recuperado de file:///C:/Users/tamara/Downloads/822-3872-1-PB%20(1).pdf
5. Centro de Investigaciones Sociológicas (2007, 12 de Mayo). Sondeo sobre la juventud española 2007 (segunda oleada). Recuperado de: http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=8120
6. Díaz Sánchez y Díaz Sánchez (2004). Ampliando horizontes: Una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos. Nure (10) 1-19. Recuperado de http://www.nure.org/FICHEROS_USUARIO/Originales_Imagenes/Original10.pdf
7. Elizalde, Martí Vilar y Martínez Salvá (2006). Una revisión crítica del debate sobre las necesidades humanas desde el enfoque centrado en la persona. Polis, 15. Recuperado de http://polis.revues.org/4887
8. Fernandes da Cruz Silva, Machado, Fernandes da Cruz Silva y Salazar Posso, (2013). Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo de enfermería. Enfermería Global 12 (32), 88-103. Recuperado de http://scielo.isciii.es
9. Gómez-Carretero. P, Monsalve. V, Soriano. JF, y de Andrés. J (2006). El ingreso en la unidad de cuidados intensivos la repercusión en el familiar del paciente. Boletín de Psicología 87, 61-87. Recuperado de http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N87-3.pdf
10. Gómez-Carretero. P, Monsalve. V, Soriano. JF, de Andrés. J (2007). Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos Madrid, Medicina Intensiva 31 (6), 318-325. Recuperado de: http://scielo.isciii.es
11. Gómez Martínez S., Ballester Arnal R., Gil Juliá B. (2011). El Cuestionario de

Necesidades de los Familiares de Pacientes de Cuidados Intensivos (CCFNI) versión breve: adaptación y validación en población española. Scielo 34(3): 349-361. Recuperado de http://scielo.isciii.es
12. Hernández Cortina, Guardado de la Paz. (2004). La Enfermería como disciplina profesional holística. Revista Cubana de Enfermería 20 (2), 1-1. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol20_2_04/enf07204.htm
13. Hidalgo Fabrellas, Y. Vélez Pérez, E. Pueyo Ribas (2007). Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. Enfermería Intensiva 18 (3), 106-114. Recuperado de http://www.sciencedirect.com
14. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (2003, 28 de Mayo). Ley de Cohesión y Calidad. Recuperado de https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715&tn=1&p=20140917&vd=#preambulo
15. López Chacón, Piñol Pérez-Rejón, Merino Cabrera, Taurà Rodríguez, Quispe Hoxas, Manzanedo Sánchez et al. (2011). Efecto de un protocolo de acogida sobre la encuesta de satisfacción familiar en una unidad de cuidados. Edición Española Nursing 29 (8), 52-65. Recuperado de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/34078/1/617700.pdf
16. Llamas-Sánchez. F, Flores-Cordón. J , Acosta-Mosquera. ME , González-Vázquez. J Albar-Marín. MJ , Macías-Rodríguez. C. (2009). Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos. Enfermería
17. Intensiva, 20 (2). Recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13138296&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=24&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v20n02a13138296pdf001.pdf
18. Martín-Rodríguez, Pérez San Gregorio (2006). Influencia en la unidad de cuidados intensivos en los familiares de pacientes con mala calidad de vida. International Journal of Clinical and Health Psychology, 7 (1), 71-82. Recuperado de http://www.aepc.es
19. Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Unidad de Cuidados Intensivos estándares y recomendaciones. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf
20. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012), Sistema Nacional de Salud. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012__Espanol.pdf
21. Moghaddasian, Lak-Dizaji y Mahmoudi. (2013). Nurses Empathy and Family Needs in the Intensive Care Units. Journal of Caring Sciences 2(3), 197–201. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4134153/
22. Moreno-Fergusson y Alvarado-García. (2009). Aplicación del Modelo de

Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura. Aquichán 9 (1), 62-72. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000100006
23. Navarro Arnedo. (2012). Revisión de los estudios sobre los profesionales de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos de España. Enfermería Global 11 (26), 267-289. Recuperado de: http://scielo.isciii.es
24. Padilla Fortunatti (2014). Necesidades más importantes de los familiares del paciente crítico a la luz del instrumento. Scielo 32 (2), 306-316. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072014000200013&script=sci_arttext&tlng=es
25. Pardavila Belio. M.I. y Vivar. C.G (2012). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. Enfermería Intensiva 23 (2). Recuperado de: http://www.elsevier.es
26. Pérez Fernández, Najarro Infante, Dulce García, Gallardo Jiménez, Fernández Fernández (2010). Comunicación: Una necesidad para el Paciente-Familia. Una competencia de Enfermería. Revista Páginasenferurg.com 1 (3), 15-20. Recuperado de: http://www.paginasenferurg.com
27. Rodríguez Martínez, Rodríguez Morilla, Roncero Del Pino, Morgado Almenara , Theodor Bannik , Flores Caballero , Cortés Macías, Aparcero Bernet , Almeida González (2003). Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. Medicina Intensiva, 14 (3). Recuperado de: http://www.elsevier.es
28. Santana Cabrera L., Ramírez Rodríguez A., García Martul M., Sánchez Palacios M., Martín González J.C., Hernández Medina E. (2007). Encuesta de satisfacción a los familiares de pacientes críticos. Medicina Intensiva 31(2): 57-61. Recuperado de http://scielo.isciii.es
29. Santana Cabrera, Sánchez Palacios, Hernández Medina, García Martul, Eugenio Ronaina, Villanueva Ortiz. (2007). Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. Medicina Intensiva 31(6): 273-280. Recuperado de: http://scielo.isciii.es
30. Santana Freitas; Kimura; Azevedo São Leão Ferreira (2007). Necesidades de los familiares de pacientes en unidades de terapia intensiva: análisis comparativo entre hospital público y privado. Revista Latinoamericana Enfermagen 15(1): 84-92. Recuperado de: http://www.scielo.br
31. Torrico Linares, Santín Vilariño, Andrés Villas, Menéndez Álvarez-Dardet y López López (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicología. Anales de psicología 18 (1), 45-59. Recuperado de: http://www.um.es
32. Ullman A, Aitken L, Rattray J, Kenardy J, Le Brocque R, MacGillivray S, Hull A.

(2014). Diarios para la recuperación de enfermedades graves. Cochrane Database of Systematic Reviews. Recuperado de: http://www.bibliotecacochrane.com
33. Velasco Bueno, Prieto de Paula, Castillo Morales, Merino Nogales y Perea-Milla López (2005). Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. Enfermería Intensiva, 16(2), 73-83. Recuperado de: http://www.elsevierinstituciones.com
34. Visser, Deliens y Houttekierautor (2014). Physician-related barriers to communication and patient- and family-centred decision-making towards the end of life in intensive care: a systematic review. Critical Care 18 (6). Recuperado de: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4258302/
35. Zaforteza, Gastaldo, Sánchez-Cuenca, de Pedro, Lastra. (2004). Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: Indicios para el cambio. Revista científica de enfermería Nure. 67 (3), 39-50. Recuperado de: http://www.nureinvestigacion.es

Capítulo 30

TIPOS DE ARTROPLASTIA DE CADERA Y PAPEL DE ENFERMERÍA

VERONICA MIRANDA SANTAFÉ

IRANZU MARTÍNEZ PEREZ

MARÍA GARBAYO BERRADRE

1 Introducción

La artroplastia de cadera o sustitución protésica de la misma es el procedimiento quirúrgico que trata de aliviar el dolor y corregir la deformidad, intentando conservar su movilidad y estabilidad, restaurando por tanto, su función mecánica.

La cirugía ortopédica constituye la mayor parte de los procedimientos de cirugía electiva que se realizan a la población anciana. Debido al aumento de la esperanza de vida de la población y a que cada vez la calidad de vida de nuestros mayores es mejor, ha aumentado el porcentaje de pacientes cuya edad oscila entre los 80 y los 90 años. Esto hace que actualmente el número de candidatos para una prótesis total de cadera se haya incrementado.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) considera como paciente anciano a aquel mayor de 65 años y estima que, actualmente, entre el 1 y el 3% de ellos necesitará una prótesis. Si hablamos de la población de entre 80 y 84 años, 15 de cada 10.000 personas necesitarán una artroplastia de cadera.

Por todo ello cada vez va cobrando mayor importancia el papel de la enfermera quirúrgica, ya que es la principal encargada de la manipulación y mantenimiento del material quirúrgico y cuidado del paciente.

2 Objetivos

-Conocer en qué consiste una prótesis total de cadera, cuál es la técnica quirúrgica, sus indicaciones y qué tipos de prótesis existen.
-Mostrar el papel de la Enfermera para un correcto manejo del material durante la cirugía.

3 Metodología

Se realiza una revisón bibliográfica en algunas de las pirnicpales bases de datos disponibles: Scielo, PubMed, Cochrane, Dialnet, etc. Las palabras clave utilizadas para realizar la búsqueda han sido: artroplastia de cadera, artroplastia parcial de cadera, artroplastia total de cadera, traumatología y ortopedia, artrosis.

También se han revisado algunos de los manuales de Traumatología y Cirugía Ortopédica disponibles. El rango temporal establecido ha sido aquellos editados a partir del 2009. Como criterios de inclusión/exclusión se consideraron válidos aquellos escritos tanto en Ingles como en Español.

4 Resultados

La artroplastia de cadera, puede ser de: tipo total o parcial. La diferencia entre ellas está en que la prótesis total reemplaza los dos componentes de la cadera: cabeza de femur y acetábulo, mientras que la prótesis parcial únicamente sustituye la cabeza femoral. Dentro de las cirugías de cadera hablaremos de las más habituales:
1. Prótesis parcial de cadera (PPC).
2. Prótesis total de cadera (PTC).
3. Prótesis de revisión/recambio.

1. Prótesis parcial de cadera:
Se realizan cuando sólo se sustituye la parte proximal del fémur (cabeza femoral). Dependiendo del modelo las prótesis parciales pueden ser de un solo componente (muy poco utilizadas) o dos componentes. Las más habituales fresan fémur para poder introducir un vástago, sobre el que se coloca la cabeza femoral.
A. Indicaciones: fracturas de cuello de fémur desplazadas o fracturas engranadas por abducción. Habitualmente las indicaciones de una prótesis parcial de cadera suelen ser de urgencia (por necrosis vascular), mientras que las prótesis totales de cadera se hacen de forma programada.

B. Tratamiento quirúrgico: la cirugía se realiza a:
-Personas de edad avanzada incapaces de deambular.
-Pacientes con una esperanza de vida limitada.
-Pacientes jóvenes con necesidad de osteosíntesis.
C. Tipos de anestesia y roles de enfermería: el tipo de anestesia elegida para esta cirugía será general o raquídea.Habitualmente se realiza una anestesia raquídea a no ser que este contraindicada. La enfermera de anestesia tiene las siguientes funciones:
-Hablará con el paciente antes de que pase a quirófano para tranquilizarle y darle apoyo psicoloico.
-Comprobara: la identificación del paciente, ayunas, alergias y retirada de objetos metálicos.
Una vez en quirófano:
-Monitorizara al paciente.
-Cogerá dos vías de gran calibre, habitualmente un 18G, y una del 16G. En una de ellas colocará el calentador de fluidos.
-Colocará una sonda vesical.
-Antes de empezar la cirugía se le pasará el antibiótico (Cefazolina 2gr), protector gástrico (Omeprazol) y el ácido tranexámico (Amchafibrin).
-Empezará a realizar el check-list de forma correcta para evitar errores.
-Se encarga de escribir en el Irati los cuidados de enfermería y el evolutivo
Por su parte, la enfermera de campo tiene las siguientes funciones:
-Le colocará al paciente la placa del bisturí eléctrico, en un lugar limpio, sin pelos, con abundante masa muscular, sin prominencias óseas y que no moleste durante la cirugía.
-Vigilará que la posición del paciente sea la correcta y que todas las prominencias óseas estén protegidas.
-Abrirá el instrumental estéril, manteniendo las medidas de asepsia y esterilidad.
-Apoyará en todo momento al equipo quirúrgico.
-Al final de la intervención colocará el apósito compresivo.
En cuanto a la enfermera Instrumentista:
-Preparará el material necesario para la intervención.
-Colaborará en la colocación de los campos quirúrgicos para aislar la zona a intervenir en el paciente. o Vestirá con bata y guantes a los cirujanos, y vigilará la asepsia del equipo durante el transcurso de la intervención.
-Se anticipará a las necesidades de cada momento para acortar tiempos quirúrgicos.
-Ayudará al cierre de la incisión y conectará los redones.

-Retirará el instrumental utilizado para posterior limpieza y revisión (el material punzante irá a su contenedor correspondiente).
D. Posición del paciente: el paciente irá en posición decúbito supino, ligeramente ladeado al lado contrario de la fractura, para obtener así un mejor campo de visión. En el lado ladeado se pondrá un tope para evitar caídas y el brazo del lado fracturado se colocará en arco de 90º para evitar lesiones del plexo braquial durante la intervención.
E. Abordaje: Hardingue. Se trata de un abordaje antero-externo. Se realiza una incisión cutánea recta sobre trocánter mayor de unos 20cm.
F. Materiales:
Intrumental específico:
-Caja de instrumental general grande.
-Caja de hueso de cadera.
-Motor con sierra para la osteotomía, accesorios y cable/baterías.
-Juego de instrumental de prótesis parcial, según la casa comercial que se vaya a utilizar.Antes de la cirugía es necesario un control minucioso y exacto de los componentes a implantar, controlando su esterilización, fecha de caducidad, y compatibilidad con el diámetro interno del cotilo y de la cabeza, así como del cono interno del vástago y la parte interna de la cabeza, ya que se pueden tener distintos tamaños y no ser compatibles.
-Juego prótesis parcial de cadera más medidor de cabezas.
-Caja de instrumental básico de cadera.
G. Componentes de las prótesis implantes): los componentes de una prótesis parcial de cadera son: la cabeza femoral y el vástago.

2. Prótesis total de cadera:
Se trata de una cirugía en la que se sustituyen los dos componentes articulares: cabeza de fémur y acetábulo. La diferencia con la prótesis parcial es que la prótesis total fresa el cotilo y sustituye el acetábulo de la cadera. Los componentes de la prótesis son: vástago femoral, cabeza femoral y cotilo.
A. Indicaciones: está indicada en casos de: artrosis, artritis reumatoides, necrosis avascular, osteopatía metabólica, anomalías del desarrollo y tumores óseos. Es decir, la intervención con prótesis total es más común en el caso de los pacientes que sufren lesiones propias del desgaste o degeneración producida por la artrosis.
B. Tratamiento: artroplastia o reconstrucción quirúrgica de la articulación.
C. Anestesia y roles de la enfermera: el tipo de anestesia elegida será general o raquídea. La anestesia y funciones de la enfermera son las mimas que se han explicado en la prótesis parcial de cadera.

D. Posición del paciente: decúbito supino, o en decúbito lateral según criterio del cirujano.
E. Abordaje: el abordaje será antero-externo.
F. Materiales:
-Caja instrumental general grande.
-Caja de hueso de cadera.
-Juego de instrumental de prótesis total, según la casa comercial elegida (caja de cotilo, caja de fresas hemisféricas, caja de vástago y trial de cabezas).
-Motor con sierra oscilante para la ostomía, accesorios y cable.
-Caja para implantación del cotilo o Instrumental de prueba de cotilo Instrumental raspas para fresado del vástago.
G. Componentes de la prótesis (implanetes):
-Cotilo. Es la cúpula semiesférica que se implanta en la cavidad acetabular para articularse con la cabeza del vástago. Los cotilos pueden ser de muchos tipos según su composición, forma y funciones. El cirujano pondrá el que más se adecue a cada paciente (según: edad, calidad del hueso y calidad de vida). El cotilo puede ser semiesférico o troncocónico, para proporcionar una transmisión uniforme de las cargas al hueso a través de toda la cavidad acetabular. En el interior del cotilo encontramos el inserto.
-Inserto. Este junto con el cotilo reducen al mínimo la rotación y los micromovimientos. Los insertos habitualmente son de polietileno o cerámica. Será el cirujano el que elegirá cual poner, aunque habitualmente se ponen los de cerámica en gente joven y los de polietileno en personas mayores.
-Cabeza femoral. Su forma es esférica, se articula con el inserto del cotilo y se ensambla al cuello del vástago femoral. Los diámetros externos de la cabeza femoral pueden ser: 28mm, 32mm, 36mm y 40mm. Y su longitud puede ser: S (cuello corto), M (cuello medio), L (cuello largo) o XL (cuello extra-largo).
-Vástago. Es una pieza que sustituye la parte proximal de fémur tras retirar la cabeza, anclando en el canal intramedular. En él se coloca la cabeza, que será la que articula el vástago con el cotilo. Los vástagos son también variables según su composición, formas y funciones; será el cirujano el que realice la elección. Cabe destacar que tanto el cotilo como el vástago pueden ser cementados. La diferencia que si se cementa el vástago, será necesario realizar un taponamiento en el canal intramedular para: limitar la migración del cemento en sentido distal, aumentar la efectividad de la presurización del cemento y conseguir una fijación implante-cemento-hueso más resistente y eficaz.

3. Prótesis de revisión o de cambio:

Reciben este nombre las prótesis que se utilizan en pacientes que tienen ya una prótesis de cadera.
A. Indicaciones: básicamente hay dos causas por las que una prótesis deba sustituirse: una causa mecánica (aflojamiento, desgaste, etc.) o una infección.
B. Tratamiento: se trata de un recambio de la prótesis.
C. Anestesia y roles de la enfermera: la anestesia elegida será general o raquídea. Esta cirugía se puede demorar más en el tiempo, por lo que habrá que valorar bien desde el principio que anestesia realizar. A nivel de anestesia cabe destacar que estaremos pendientes de la sangre que va perdiendo el paciente, ya que si llega el momento puede ser necesario pedir concentrados de sangre para transfusión. Para ello haremos un balance entre la sangre que pierde y el suero fisiológico que utilizamos para el lavado. El resto de funciones de enfermería son las mimas que se han explicado en la prótesis parcial/total de cadera
D. Posición del paciente: la posición ideal es decúbito lateral, sobre el lado sano.
E. Abordaje: el abordaje se realizará antero-externo, trans glúteo y vasto externo.
F. Materiales:
-Caja instrumental general grande.
-Caja de hueso de cadera.
-Juego de instrumental de prótesis revisión, según la casa comercial que se vaya a quitar.
-Espaciadores (en el caso de que haya infección).
-Cuchillas.
-Cemento + kit.
-Juego de cuchillas para la extracción del cotilo.
-Cánulas de redones.
-Suturas reabsorbilbes N1 y N0.
-Grapadora para suturar la piel.
-Cemento.
-Suturas reabsorbibles N1 y N0.
Si la prótesis que lleva el paciente es cementada habrá que preparar instrumental para la retirada del cemento.
G. Componentes de la prótesis: en el recambio de prótesis de cadera encontramos varias posibilidades.
-Si hay una infección, se quitará la prótesis que lleva puesta, se limpiará bien con betadine de uso interno y dejaremos colocado un espaciador, para más adelante en un segundo tiempo volver a colocar una prótesis nueva. Los espaciadores de cadera se elegirán según el tamaño del acetábulo del paciente. En el caso de que la revisión se haga por infección, se preparará una mesa diferente para el cierre con

material limpio (otra caja de instrumental general grande y una de instrumental básico cadera).
-Si el recambio se produce por un aflojamiento, se puede cambiar únicamente los componentes que sean necesarios o cambiar la prótesis entera.
-Y por último si el recambio se realiza porque la prótesis ha finalizado su vida útil, se hará un recambio de la prótesis entera (será el cirujano quien elegirá qué prótesis a poner).

Cabe destacar que cuando retiremos una prótesis cementada, a parte del material que hemos dicho necesario, cogeremos instrumental para retirada de cemento.

4. Otros dispositivos y cuidados especiales comunes en todas las cirugías de cadera:
Una vez terminada la cirugía la enfermera de campo junto con la de anestesia y el anestesista, acompañan al paciente hasta la UCI, donde lo pasarán a su cama evitando movimientos bruscos, que puedan producir una luxación de la prótesis colocada.

Por otro lado, una vez que el paciente esté en su cama se colocará la extremidad en una férula anti-rotatorio, que evitará las rotaciones internas y externas de la articulación operada. Y por último la enfermera de campo abrirá los redones colocados al paciente. Como hemos dicho anteriormente si los redones son tipo CBC, los pondremos con la aspiración al 1, para evitar grandes sangrados.

El CBC es un sistema cerrado de recuperación de sangre post-operatoria. Recupera, filtra y permite la reinfusión de sangre autóloga, que proviene del drenaje del propio paciente.

Constituye un método seguro de ahorro de sangre (manipulación por parte del personal sanitario, seguridad del paciente ante reacciones adversas, etc.)

5 Discusión-Conclusión

La artroplastia de cadera tanto parcial como total permite mejorar la calidad de vida del paciente, disminuyendo el dolor y aumentando la capacidad de movilidad. Se trata de una cirugía que se encuentra en pleno auge. Es importante que la enfermera conozca el material que se necesita para cada intervención y la técnica quirúrgica, ya que de esta manera se evitarán posibles errores y disminuirá el tiempo quirúrgico y potenciales complicaciones. Entre las funciones más importantes de la enfermera se encuentra el mantenimiento de la esterilidad durante

toda la cirugía, ya que una infección llevaría al fracaso de la misma.

6 Bibliografía

1 Delgado Martinez, A (2018). Cirugia Ortopedica y traumatológica (4 Edición), Madrid: Panamerica.
2. Parvizi, J. Klatt, B (2013). Essentials in Total Hip Arthroplasty (1 Edición), Thorofare: SLACK Incorporated.
3. SECOT (2010). Manual de la sociedad Española de cirugía ortopédica y traumatología Tomo1. (2 Edición), Madrid: Panamericana
4. SECOT (2010). Manual de la sociedad Española de cirugia ortopedica y traumatologia Tomo 2. (2Edición), Madrid: Panamericana.
5. Hernandez Vaquero, D (2009). La Cadera (1Edición), Madrid: Panamericana.
6. Coloma Soler, MJ. Basora Macaya, M (2011). Anestesia en Cirugía Ortopédica y en Traumatología (1 Edición), Madrid: Panamericana.
American Association of Hip and Knee Surgeons (2019). Arthroplasty Today . EEUU: Elsevier
7. Nicholas D. Colacchio, Daniele Abela, James V.Bono, Vivek M. Shah, Olivia J. Bono, Richard D. Scott (2019). Efficacy of manipulation under anesthesia beyond three months following total (Volume 5, ISSUE 4, P522-527).
8. Gil Santos, J. (2019) COT Traumatología y Ortopedia (1Edición), Madrid: Marbán.
9. Mark D. Miller (2009). Ortopedia y traumatología. Revisión Sistemática (5 Edición). España: Elsevier.

Capítulo 31

SONDAJE VESICAL FEMENINO: HIGIENE PREVIA DE LOS GENITALES

NURIA ROSSELL GARCIA

1 Introducción

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción aséptica de una sonda desde el meato uretral hasta la vejiga con fines diagnósticos o terapéuticos. Como consecuencia, pueden desarrollarse infecciones urinarias. Según el EPINE 2016 las infecciones nosocomiales asociadas al sondaje vesical, representan un 60,19%.

2 Objetivos

Establecer un protocolo de higiene con el fin de disminuir el número de infecciones urinarias relacionadas con el sondaje vesical.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente así como una revisión de los protocolos de actuación de diferentes centros sanitarios. Identificando el protocolo de actuación más aceptado y actualizado.

4 Resultados

Indicaciones a tener en cuenta sobre la higiene en el sondaje vesical femenino:
-Se realizará en cualquier tipo de sondaje.
-Higiene de manos. Colocación de guantes no estériles.
-Colocar a la paciente decúbito supino, rodillas flexionadas apoyándose en los talones si colabora. Colocar una cuña.
-Verter un chorro de agua tibia en sentido pubis-ano.
-Enjabonar con una esponja pubis, parte externa de los labios mayores y pliegues inguinales.
-Mojar gasas con agua jabonosa. Separar los labios con la mano no dominante y con la otra realizar la limpieza en sentido pubis ano, pasar una gasa por el pliegue que existe entre los labios mayores y menores.
-Pasar otra gasa por la cara interna de los labios menores de adentro hacia afuera.
-Pasar una torunda por el ano y otra por el pliegue interno del glúteo. Utilizar una gasa para cada pasada y desechar.
-Aclarar vertiendo agua en sentido pubis-ano.
-Secar las partes internas con gasas siguiendo los movimientos anteriormente descritos empleando una gasa para cada pasada. Secar las zonas externas con una toalla.
-Si está menstruando, colocar un taponamiento vaginal con gasa estéril y retirar finalizado el vendaje.

5 Discusión-Conclusión

El establecimiento de un protocolo para realizar la higiene de los genitales femeninos contribuye a ofrecer cuidados de calidad a los pacientes así como a disminuir el número de infecciones asociadas a dispositivos.

6 Bibliografía

1. www.huca/web/enfermeria/html/visor.asp?doc=Protocolo sondaje vesical.pdf
2. www.svmfyc.org/documentos_semfyc
3. Perry A, Potter P. Guía clínica de enfermería. Técnicas y procedimientos básicos. 4ª ed. Eliminación. Sondaje vesical femenino: permanencia e intermitente. Sondaje vesical masculino: a permanencia e intermitente. Madrid: Harcourt Brace; p. 283-303.

4. Pearson. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y prácticas. Vol. I; 2008.
5. Perry A, Potter P. Guía de enfermería .Técnicas y procedimientos básicos. 4ª ed. Higiene. Cuidados del periné femenino. Cuidados del periné masculino. Madrid: Harcourt Brace; p. 239-51.

Capítulo 32

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANTENIMIENTO DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO

NURIA ROSSELL GARCIA

1 Introducción

Los CVCP son dispositivos, que pueden ser implantados por personal de enfermería; a través de un acceso periférico y llegando hasta la vena cava superior, con fines terapéuticos y/o diagnósticos. Todo en condiciones de máxima asepsia.

2 Objetivos

Describir normas de mantenimiento de un CVCP, unificar criterios en los cuidados, evitar complicaciones relacionadas con la mala praxis.

3 Metodología

Revisión de varios protocolos de hospitales españoles, así como revisión bibliográfica en el buscador Cuiden, utilizando las palabras clave CVCP y mantenimiento de CVCP.

4 Resultados

Manipulación, higiene de manos antes y después. Observar el punto de inserción diariamente Las curas y cambios de apósito se hará de forma estéril con suero fisiológico y clorhexidina al 2%. La primera cura post-implantación se hará a las 24 hrs. Se utilizaran apostos transparentes, semipermeables y estériles si es posible que se cambiaran cada 7 días o cuando este despegado, húmedo o en mal estado. Si no es posible se utilizaran apósitos de gasa que se cambiaran cada 48-72 hrs según la CDC. Se pondrá fecha de cura en el apósito.

Los sistemas de perfusión se cambiaran cada 96 hrs y cuando precisen. En emulsiones lipídicas se cambiaran cada 24 hrs, en perfusiones de propofol cada 12 hrs en transfusiones de sangre o derivados se retirara al finalizar la infusión. Se emplearan el mínimo número de llaves de tres pasos y se limpiaran los puntos de inyección de los bioconectores con alcohol de 70 ° entes de manipular.

5 Discusión-Conclusión

Consensuar y definir el mantenimiento y cuidados del CVCP, contribuye a reducir las infecciones del CVCP, previene complicaciones (irritación local, obstrucción, deterioro del catéter o decúbitos), a la vez que aumenta la seguridad del paciente.

6 Bibliografía

1. http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermeria-cateterismo-venoso-central-acceso-periferico/
2. Protocolos generales del CVCP del HUCA, HSA y Hospital Universitario Ramón y Cajal.
3. El libro de la UCI. ISBN 8416004196, 9788416004195
4. Pamela L. Swearingen. Manual de enfermería médico-quirúrgica. Ed. Elsevier Health Sciences. 2009

Capítulo 33

SÍNDROME DE ASHERMAN

CRISTINA CAMPO GEIJO

KATIA MARTINEZ LOPEZ

1 Introducción

El síndrome de Asherman es una alteración morfológica de la cavidad uterina que se caracteriza por la presencia de cicatrices en ésta. Estas lesiones provocan en el tejido uterino la formación de adherencias entre las paredes del útero, generando que éste se deforme y pueda incluso verse reducido en tamaño.

2 Objetivos

Identificar el grado de adherencias uterinas y mediante diferentes pruebas conseguir extirpar las adherencias.

3 Caso clínico

Paciente de 30 años derivada de atención primaria por cuadro de amenorrea desde el parto. Al mes de dar a luz se le realiza un legrado evacuador por restos placentarios. La exploración ginecológica muestra unos genitales externos normales, una vagina normotrófica y un cérvix normoepitelizado.

Se le pone a tratamiento con anticonceptivos orales combinados; después de 3 ciclos de tratamiento no se consigue sangrado por lo cual se propone la realización de histeroscopia para valorar posible patología endometrial.

En la histeroscopia que se realiza de forma ambulatoria se aprecian sinequias al inicio del canal endometrial, aunque finalmente se consigue canalizar.

En la cavidad endometrial se aprecian numerosas adherencias en mas del 60% de superficie, realizándose una separación parcial con tijeras.

Finalizada la prueba se pauta tratamiento con anticonceptivos consiguiendo sangrado.

4 Discusión-Conclusión

El síndrome de Asherman es una enfermedad poco frecuente pero es recomendable sospecharla en caso de amenorrea, hipomenorrea, abortos de repetición o infertilidad, especialmente en pacientes con antecedentes de legrado uterino.

El diagnóstico debe establecerse mediante la visualización en una histeroscopia o por pruebas de imagen como la histerosalpingografía.

5 Bibliografía

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

Capítulo 34

ACTUACIÓN DEL TCAE ANTES Y DESPUÉS DE UNA OPERACIÓN.

ALEJANDRO ALONSO FERNANDEZ

1 Introducción

Independientemente del tipo de cirugía que se le va a practicar al paciente, este requiere unos cuidados anteriores a la operación y posteriores a ella.

El periodo de tiempo que transcurre desde que un paciente va a ser intervenido se prepara la intervención, se realiza lo mismo y hasta que es dado de alta en el hospital. Se le conoce con el nombre de perioperatorio. Dentro de el podemos distinguir tres fases.

- Preoperatorio: la fase que antecede a la intervención. Comienza con la preparación del paciente y finaliza cuando este es colocado en la mesa de operación.
- Transoperatorio: es lo que transcurre desde que el paciente es colocado en la mesa de operación hasta que abandona el quirófano
- Postoperatorio: es la fase que precede a la intervención.Comienza con el traslado del paciente a la sala de reanimación y finaliza cuando el paciente es dado de alta.

2 Objetivos

- Explicar la preparación del paciente quirúrgico.
- Exponer las pautas de actuación del TCAE.
- Determinar las tareas a realizar por parte del TCAE en el preoperatorio y postoperatorio.

3 Metodología

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

4 Resultados

El paciente puede ingresar en el hospital uno o mas días antes de la operación programada. La situación de la enfermedad o el estado de salud del paciente, así como la operación quirúrgica a realizar, ayudan a decidir si el paciente debe ingresar en el hospital para el preoperatorio o puede llegar el mismo día de la intervención. La mayoría de los pacientes que permanecen en el hospital durante el postoperatorio ingresan el mismo día en que esta programada la operación quirúrgica.

Cuando la persona que va a ser operada llega a la planta y se inicia la planificación de los cuidados que precisa. El TCAE debe conocer todo el procedimiento relacionado con los cuidados que precisa el paciente, aunque algunas de estas cosas no son ejecutadas directamente por el.

En días previos de la intervención, las pautas a seguir son:
- Colaborar en la recopilación de todas las pruebas: analíticas, radiografías, electrocardiogramas y otras pruebas.
- Ayudar al paciente si es necesario en su aseo corporal, incluyendo lavado de cabeza y corte de uñas de manos y pies.
- Rasurar la zona indicada.
- Poner los enemas previstos por el médico.
- Colaborar en la educación del paciente sobre la respiración diafragmática ya que su uso por parte de la persona enferma hará mas productiva la tos y permitirá la movilización de las secreciones.
- Valorar el estado nutricional y la hidratación del enfermo.
- Sensibilizar al enfermo sobre la necesidad de una deambulación precoz para evitar una embolia.
- Escucha las preocupaciones del paciente sobre su enfermedad y sobre otras circunstancias que le inquieten.Las preguntas que se ignoren o no se puedan re-

sponder,serán derivadas hacia las enfermeras.
- Atender a la familia y facilitarle el acceso a la información que precisen.
- Procurar que el enfermo no fume,no ingiera alimentos solidos desde las doce horas y que no tome líquidos 8 horas antes de la intervención.
- Traslado al quirófano junto a su historia clínica.

El mismo día de la intervención el TCAE seguirá estas pautas:
- Identificar correctamente al paciente.
- Decir que se asee.
- Rasurar.
- Poner enemas.
- Retirar dentaduras, audífonos, etc.
- Pesar y tallar.
- Recomendar al paciente que defeque y orine antes de ir al quirófano.
- Acompañarle al quirófano y entregar a la persona responsable la historia clínica del paciente.
- Informar al diplomado en enfermería sobre todas los actos realizados y sobre cualquier otra cosa que parezca de interés.
- Finalmente cuando el paciente esté en el quirófano el TCAE preparara su cama y habitación para recibirlo cuando regrese.

Durante la operación el TCAE debe proporcionar a la familia información sobre donde deben esperar,tiempo aproximado de la intervención, donde lo llevan después etc.

Los cuidados postoperatorios:
Los cuidados postoperatorios son aquellos que se una vez finalizada la cirugía, a partir de entonces el paciente ingresa en una unidad de reanimación postanestésica o si ha sido intervención puede ser trasladado a planta o remitido a su domicilio. Este periodo se suele dividir en dos etapas: periodo inmediato y el mediato.

A. El postoperatorio inmediato: el paciente pasa del quirófano a la sala de reanimación o despertar. Este lugar suele ubicarse cerca del quirófano. La persona operada permanece hasta que desaparezcan los efectos de la anestesia y se encuentren estabilizadas sus constantes vitales.

El TCAE debe seguir unas pautas de actuación en el postoperatorio:
1. Recoger la historia clínica completa y entregarla en el control de enfermería de la sala.

2. Preguntar sobre la intervención quirúrgica,complicaciones y aquellos datos que sirvan para adoptar los cuidados de enfermería que precise el paciente.
3. Poner al paciente sobre la cama con la cabeza ladeada y ligeramente elevada.
4. Comprobar las conexiones de los drenajes, las sondas y los sistemas de suero, revisar apósitos y la posible extravasación del suero intravenoso.
5. Colocar bien las sábanas y ponerle una manta o colcha por encima.
6. No dar de comer ni de beber hasta que nos lo indiquen.
7. Valorar el estado de orientación y la evolución de las constantes vitales.
8. Dejar el timbre a su alcance.

Asimismo hay una serie de actividades en las que el TCAE puede intervenir si así lo solicita la enfermera responsable de cada paciente, estas son:
- Colocar el pulsioxímetro.
- Colocar el monitor electrocardiográfico.
- Colocar adecuadamente sueros y comprobar la permeabilidad de las vías venosas.
- Aplicar oxigenoterapia bajo prescripción médica mediante nasales,mascarillas,observando el correcto nivel de agua del caudalímetro para evitar resecar las vías respiratorias.
- Arropar al paciente con mantas para mantener la temperatura corporal.
- Preparar toda la documentación del paciente así como sus pertenencias para su posterior traslado a otras estancias hospitalarias.

B. El postoperatorio tardío:
En esta fase tan pronto como el paciente sea trasladado y ubicado en su cama de la unidad de hospitalización, el equipo de enfermería lo recepcionará y le realizará una valoración rápida de su estado. Los cuidados que el TCAE debe aplicar en el postoperatorio tardío son:
1. Estado respiratorio.
- Valorar frecuencia respiratoria.
- Ejercicios de respiración y expectoración.
- Deambulación temprana y cambios posturales, según protocolos.
- Estimular ingesta de líquidos para fluidificar secreciones.
- Aspiración si precisa.
2. Estado cardiovascular.
- Movilización y deambulación precoz, medios antiembolia según prescripción médica.
- Ejercicios de movilización.
3. Ingestión y excreción de líquidos.

- Ofrecer líquidos.
- Cuidados con la sueroterapia.
- Realizar higiene bucal.
- Realizar balance de líquidos cada 24h.

4. Nutrición.
- Administración de dieta prescrita.
- Estimular y colaborar en la ingesta.
- Vigilar por si aparecen vómitos, diarreas u otras complicaciones.

5. Eliminación fecal.
- Estimular la deambulación, evitar el sedentarismo.
- Aplicar medidas para paliar el estreñimiento.

6. Protección de la piel y cuidados de la herida quirúrgica.
- Aseo del paciente.
- Arreglo de la cama.
- Prevención de úlceras por presión.

7. Tratamiento del dolor.
- Administrar analgésicos.
- Aplicar medidas de distracción.
- Aplicar calor y frío.

8. Restablecimiento de la movilidad.
- Movilización y deambulación precoz.

9. Seguridad del paciente.
- Evitar caídas colocando barandilla en la cama.
- Colocar el timbre a su alcance.

5 Discusión-Conclusión

La labor que realiza el TCAE con el paciente que va a ser intervenido es muy importante, tan importante son los cuidados anteriores a la cirugía como los posteriores. Su papel es tan importante como su formación. Importantísimo es el trabajo en equipo, debe existir una gran coordinación en el.

6 Bibliografía

1. El proceso quirúrgico. Logos 2015.
2. Técnicas básicas de enfermería. Editex2014.
3. Auxiliar de enfermería. Evangelina Perez McGrahill.
4. Dialnet.

5. Pubmed.
6. www.verticetraining.com

Capítulo 35

CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA EN LA COLOCACIÓN DE UNA SONDA NASOGÁSTRICA

MONTSERRAT GARCÍA MARTINEZ

1 Introducción

Cuando hablamos de una sonda nasogástrica nos referimos a una técnica invasiva que consiste en introducir una sonda muy flexible a través de la nariz hasta el estómago. El sondaje nasogástrico lo realiza la enfermera/o con la colaboración del auxiliar de enfermería.

2 Objetivos

- Determinar las diferentes consideraciones a tener en cuenta en el sondaje nasogástrico.
- Llevar a cabo una nutrición enteral.
- Administrar medicamentos.
- Realizar lavados.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Cuándo llevamos a cabo la colocación de una sonda nasogástrica se pueden dar una serie de consideraciones ante la cuales, los facultativos deben actuar de la forma correcta. Se puede dar el caso de que la sonda no pueda atravesar las fosas nasales; en este caso lo que debemos hacer es sacarla y utilizar otra de menor calibre.

El paciente para facilitar la colocación de la sonda debe de tragar, para ayudarle, podemos darle agua y así le será más fácil. Tenemos que tener cuidado de que la sonda no se desvíe hacia las vías respiratorias, haciendo que el paciente tenga sensación de ahogo.

Hay que mantener la sonda en buen estado, limpiándola y cambiándola cada 24 horas, junto con el apósito de la nariz que le hemos puesto al paciente para sujetar dicha sonda.

5 Discusión-Conclusión

Tras realizar diferentes revisiones bibliográficas podemos concluir que para una buena colocación de la sonda nasogástrica la formación del profesional es imprescindible para saber solventar cualquiera posible complicación que surja de la misma.

Es importante transmitir al paciente tranquilidad y confianza para así reducir las complicaciones y realizar la técnica lo mejor posible sin dañar al paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 36

EL ANCIANO HOSPITALIZADO

MARIA ALONSO ARIAS

1 Introducción

Debido a su avanzada edad, los pacientes ancianos tienen que visitar con frecuencia los hospitales y es importante que en el periodo de hospitalización no se sientan solos ni aislados, para que su paso por el hospital sea los menos traumático posible.

2 Objetivos

- Hacer que el anciano hospitalizado no se sienta sólo y aislado.
- Hacer que paso del paciente anciano por el hospital sea lo menos traumático posible.

3 Metodología

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

4 Resultados

Seguiremos los siguientes pasos básicos:
-Hablaremos con él y le tranquilizaremos.
-Procuraremos que esté en contacto con sus seres queridos.
-Le facilitaremos materiales que le distraigan, revistas ,libros etc.
-Le informaremos sobre su enfermedad explicándole las cosas de forma sencilla para que nos pueda entender.
-Cuando se le de el alta le explicaremos muy bien el tratamiento para que este lo pueda seguir en su domicilio de forma correcta.

5 Discusión-Conclusión

Seguimiento de las pautas citadas anteriormente hace que el anciano se sienta mejor en el hospital.

6 Bibliografía

1. Herkner H, Arrich J, Havel C, Müllner M. Reposo en cama para el infarto agudo de miocardio no complicado, Biblioteca Cochrane Plus 2007, (4). DOI: 10.1002/14651858.CD003836.pub2.
2. Alonso JL, Abínzano ML, Urbieta MA, Anniccherico F. Tratamiento ambulatorio de la trombosis venosa profunda: comparación con tratamiento en hospitalización de pacientes de un registro histórico. Anales Sis San Navarra. 2009; 32(1): 35-42.
3. Capelli C, Antonutto G, Cautero M, Tam E, Ferretti G. Metabolic and cardiovascular responses during sub-maximal exercise in humans after 14 days of head-down tilt bed rest and inactivity. Eur. J. Appl. Physiol. 2008;104, 909–918. DOI: 10.1007/s00421- 008-0848-x.
4. Bringard APogliaghi S, Cardiovascular determinants of maximal oxygen consumption in upright and supine posture at the end of prolonged bed rest in humans. Respir Physiol Neurobiol. 2010;172(1-2):53-62. Doi: 10.1016/j.resp.2010.03.018.
5. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
6. https://scielo.org/es/
7. https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 37

LA IMPORTANCIA DEL TCAE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MARIA ASUNCION CASO GUTIERREZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define urgencia sanitaria como "la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia".(Rubiño,Llado,Pérez y Socias,2016).

El trabajo de urgencias es un trabajo en equipo, perfectamente coordinado, donde cada uno conoce cuáles son sus funciones. Las funciones del auxiliar de enfermería son muy extensas y diferentes dependiendo del servicio donde se encuentre. Por ello, el Servicio de Urgencias, quizás, es el lugar donde todas esas funciones se reúnen. Es un área donde existe el contacto con todas las patologías y edades, y donde se han de poner en práctica todos los conocimientos adquiridos.

Generalmente, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es la primera persona que recibe al paciente en urgencias, una vez admitido y triado. Le ha de identificar y acomodar, ayudando, si precisa, a vestirse y desvestirse (tanto en este momento como en el momento del alta) proporcionándole todo lo necesario y reservando en todo momento su intimidad. Así mismo, le ha de explicar todo lo necesario para su comodidad y tranquilidad.

El papel del TCAE es más importante ante pacientes total o parcialmente dependientes. En largas estancias en urgencias, es de vital importancia la vigilancia de

las UPP (úlceras por presión) en dichos pacientes. Ha de observarse, a su llegada a urgencias, si existen lesiones en la piel y en caso afirmativo anotarlas y comunicarlo al enfermero. Los cambios posturales y la atención continua junto con una correcta higiene e hidratación asegurarán la integridad de la piel. Teniendo siempre presente que la mejor cura es la prevención.(Nespereira-Campuzano y Vázquez-Campo,2017).

2 Objetivos

El objetivo del presente capítulo es exponer la importancia del TCAE en el servicio de urgencias.

3 Metodología

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

4 Resultados

El personal TCAE debe de estar totalmente implicado y preparado para actuar junto con el equipo multidisciplinar ante cualquier complicación que pueda surgir. Es fundamental, por su cercanía con el paciente, que el TCAE sea un profesional capaz de transmitir confianza y tranquilidad al paciente. Una buena atención en la relación TCAE – paciente llevará a una humanización en el servicio.

Las funciones del TCAE son:
-Ayudar a la inmovilización y transporte del paciente.(Campos, Montalvo, Cortés,Ortega,Cuenca y de Luna).
-Ayudar a vestir y desvestir al paciente (tanto en su llegada como en su alta o traslado). Se le pondrá un camisón preservando en todo momento su intimidad.
-Recoger la ropa que lleva puesta el paciente, y guardarla en una bolsa blanca identificando su nombre y apellidos, que se entregará a la familia del paciente.
-Preparar al paciente antes de su exploración.
-Toma de constantes vitales.

-Ayudar a los pacientes en las comidas, administración de medicamentos por vía oral, rectal, tópica, etc. excluyéndose la vía parental, de administración exclusiva del DUE.
-Supervisión y control de los boxes.
-Revisión y reposición del carro de paradas, comprobación del estado del monitor, limpieza, etc.
-Limpieza y reposición del carro de curas.
-Trámite de solicitudes, muestras analíticas, radiológicas, ecografías, TAC, resonancias, etc.
-Cuidado, limpieza y mantenimiento del material, instrumental, aparatos clínicos, etc.
-Ayudar a la DUE en la administración de medicamentos, colocación de sonda, enemas, tomas de constantes vitales, recogida de muestras de esputo, orina, heces, etc.
-Revisar y mantener los boxes perfectamente dotados de medicamentos, material sanitario, ropa y también los carros de cura.
-Visitar a todos los enfermos a la entrada de cada turno.
-Efectuar el cambio de relevo (transmitiendo toda la información al compañero/a correspondiente. Transmisión de documentación, datos sobre el estado de los pacientes).
-Colaborar con la DUE en el plan de cuidados del paciente.
-Atender las posibles llamadas de los pacientes.
-Colaborar en la recepción de los pacientes.
-Colaborar en la higiene, la alimentación y cuidados del paciente.
-Guardar las pertenencias personales del paciente.
-Comunicar las observaciones del paciente con respecto a la ingesta de alimentos, eliminaciones, etc.
Cumplimentar la documentación oficial.
-Entrega y recogida del material estéril en la central de esterilización, en el caso de que no se pueda realizar esta tarea y su posterior recuento y distribución, cumplimentar el libro de entradas y salidas del material.
-Cumplimentar los registros que establece la normativa del hospital.
-Participar en las actividades docentes del hospital.
-Mantener el secreto profesional.
-Informar al paciente sobre la ubicación del servicio, acceso tanto interior como desde el exterior, comunicaciones, horario de autobuses, líneas regulares, etc.
-Informar a los pacientes y acompañantes sobre la normativa del centro en cuanto a régimen de visitas, número de acompañantes por enfermo, horario de visita o

pase médico.
-Colocación de la pulsera identificativa de cada paciente, que deberá llevarla puesta durante toda su estancia en el centro.

Los objetivos de la figura del TCAE son:
-Actuar en determinados momentos sin dubitación.
-Trabajar en una comunicación constante con el enfermero, participando conjuntamente en el plan de cuidados de cada paciente, y al que comunicará cualquier cambio observado en él.
-Priorizar sus tareas en función de las necesidades del servicio y, en concreto, de cada paciente.
-Ser capaz de transmitir tranquilidad, seguridad y confianza al enfermo, siendo capaz de hacer sentir al paciente perfectamente atendido y a su vez respetado.

5 Discusión-Conclusión

Con este capítulo quiero hacer un pequeño homenaje a la labor profesional desempeñada por los equipos sanitarios de un área tan compleja como lo es Urgencias. Haciendo especial mención a los técnicos auxiliares en cuidados de enfermería, los cuales aportan su colaboración necesaria a este gran equipo humano de trabajo.

El TCAE debe saber actuar ante cualquier situación, debe conocer los protocolos de técnicas de diversas especialidades y debe trabajar en constante comunicación con el resto del equipo. También debe saber priorizar sus tareas en función de las necesidades del servicio y de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Manual de protocolos asistenciales. Plan Andaluz de Urgencias y emergencias. http://auxiliaresenferm.blogspot.com.es/
2. Manual de protocolos y actuación en emergencias. 2ª ed. Madrid: Nilo.
3. Protocolo de actuación del TCAE en urgencias. http://www.revista-portalesmedicos.com/revistamedica/importancia-tcae-servicio-de-urgencias/
4. Funciones del auxiliar de enfermería en las distintas áreas o servicios. http://auxiliarenfermeria.com/funciones_auxenf.htm
5. Cuidados de enfermería y su importancia en el servicio de urgencias.

http//es.slideshare.net/mobile/EquipoURG/cuidados-de-enfermeria-en-el-servicio-de-urgencias
6. Nespereira-Campuzano, T., & Vázquez-Campo, M. (2017). Inteligencia emocional y manejo del estrés en profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias hospitalarias. Enfermería Clínica, 27(3), 172-178.7.
7. Campos-Ruiz, E. M., Montalvo, J. A. R., Cortés, Y. J., Ortega, P. N., Cuenca, M. B., & de Luna, M. E. CA 2-263: ANÁLISIS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PLAN FUNCIONAL PARA TCAE EN URGENCIAS.
8. Rubiño Diaz, J. A., Lladó Salamanca, S., Pérez Galmes, C. A., & Socias Moya, M. (2016). Percepción de los profesionales sanitarios en el abordaje del dolor en el Servicio de Urgencias. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 23(5), 229-237.

Capítulo 38

LA IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES

MARIA ASUNCION CASO GUTIERREZ

1 Introducción

Cuando nos encontramos estirados en una cama, cambiamos de posición para evitar presiones en las distintas zonas de apoyo.(López-Casanova, Verdú-Soriano, Berenguer-Pérez y Soldevilla-Agreda, 2018). No obstante, hay personas de avanzada edad o con movilidad reducida que no pueden hacer este cambio postural ellos mismos. En estos casos, es muy importante la labor del TCAE, que deberá mover a la persona impedida en distintas posiciones para evitar la aparición de úlceras por presión (López Casanova, Verdu y Martínez, 2011).

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es informar sobre la importancia de los cambios posturales en los pacientes encamados.

3 Metodología

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

4 Resultados

El bienestar de un paciente encamado debe ser prioridad para familiares y equipo multidisciplinar. Existen diversas posiciones anatómicas que pueden aumentan el confort en el adulto mayor, pacientes con lesiones o patologías que requieran reposo absoluto a través de prácticas terapéuticas que garanticen la comodidad del enfermo. Los cambios de posición son actividades y ejercicios que deben realizarse diariamente con el fin de movilizar la anatomía de una persona que no puede hacerlo por sus propios medios. De este modo, no solo es posible garantizar su comodidad, sino que también tiene múltiples beneficios físicos, emocionales y biológicos.

Se ha encontrado que todos los tipos de pacientes se pueden beneficiar de una movilización temprana, si no hay contraindicaciones graves. Las personas a las que se recomienda realizar la movilización cada 4h, ya que un aumento de la frecuencia a 2 horas, ha mostrado que no reduce el riesgo de desarrollar úlceras por presión pero puede aumentar el riesgo de eventos adversos, en el paciente crítico.

Para aliviar la presión continúa en las personas encamadas, se realizaran movimientos de posición cada 2 ó 3 horas y alternando ambos laterales (izquierda-derecha), la colocación boca arriba (o supino) y la postura semisentada a Fowler (Zerolo,2005). En las personas que puedan estar sentados se hará cada hora. Para mover al usuario, debemos saber cuál es su estado para determinar si puede o no colaborar en la realización del cambio postural (Casanova, 2016):

-Posición 1. Decúbito supino: se trata de la colocación del paciente boca arriba.Para ello, situaremos un cojín debajo de la cabeza. Se recomienda poner otro cojín delgado debajo de las rodillas. Para que los pies no queden muy extendidos, se puede poner otro cojín al final de los mismos.

-Posición 2. Fowler: la cabecera de la cama debe estar a una posición con un ángulo de entre 45°- 60° de manera que la persona quede medio sentada. Debajo de las piernas podemos colocar una almohada para que las rodillas hagan un poco de flexión.

-Posición 3. Decúbito lateral: situar a la persona de costado (izquierdo o derecho e ir alternando). Colocar una almohada debajo de la cabeza y otra detrás de la espalda para que el cuerpo quede apoyado y con una leve inclinación. Podemos situar un cojín entre las piernas para evitar rozamiento y flexionar levemente la pierna superior. Debemos colocar los pies en un ángulo recto para impedir la

flexión plantar.

Además de realizar estas movilizaciones, también debemos revisar de manera diaria el estado de la piel y asegurarnos que está limpia y bien hidratada. Para evitar la aparición de úlceras por presión (UPP) también es fundamental llevar una dieta con un equilibrado aporte proteico y vitamínico rica en carnes, frutas, verduras y cereales, reduciendo al mínimo el consumo de sal para retener menos líquidos. Beber entre 1,5l y 2l de agua diarios también es fundamental para ayudar al cuerpo a eliminar toxinas, mejorar la digestión de alimentos y enriquecer el abastecimiento de nutrientes a las células. En la medida de lo posible y teniendo en cuenta el estado del paciente, pueden realizarse ejercicios suaves como estiramientos o intentar caminar solo si tiene suficiente movilidad.

5 Discusión-Conclusión

Con los cambios posturales periódicos sonseguiremos:
-Se reducirá la aparición de UPP tras la implantación de cambios posturales periódicos.
-El profesional de enfermería aumentará sus conocimientos y seguridad ante estos pacientes.
-Aumentará la confianza del paciente en el personal encargado de sus cuidados, sea cual sea el hospital y/o unidad hospitalaria donde se encuentre.

6 Bibliografía

1. López-Casanova, P., Verdú-Soriano, J., Berenguer-Pérez, M., & Soldevilla-Agreda, J. (2018). Prevención de las úlceras por presión y los cambios de postura. Revisión integrativa de la literatura. Gerokomos, 29(2), 92-99.
2. López Casanova, P., Verdu Soriano, J., & Martínez Castillo, C. (2011). El paradigma de los cambios posturales. Rev Rol Enfermería, 34(2), 4-6.
3. Zerolo, B. E. (2005). Cómo y cuándo hacer los cambios posturales para prevenir las lesiones por presión. Enfermería Clínica, 15(3), 186.
4. Casanova, P. L. (2016). Prevención de las úlceras por presión.¿ cuánto se puede atribuir a los cambios posturales? (Doctoral dissertation, Universitat d'Alacant-Universidad de Alicante).

Capítulo 39

VIRUS DE LA GRIPE Y PRINCIPALES PANDEMIAS DEL SIGLO XX Y XXI

ARANZAZU PIDAL CANDÁS

MARÍA DEL CARMEN GARCÍA FONTÁN

1 Introducción

La gripe es una enfermedad de origen vírico. Cursa con una infección respiratoria aguda, altamente contagiosa por vía respiratoria y que cuenta con un reservorio principal que son las aves silvestres.

El tipo de virus de la gripe es de ácido ribonucleico (ARN) y existen tres tipos: A, B y C. En ambos el periodo de incubación varía entre 1 y 3 días.

Se extiende a nivel mundial y en Europa es causante de epidemias cuando existen mutaciones del virus de tipo A (H1N1).

2 Objetivos

Analizar los diferentes virus de la gripe y las últimas pandemias. Así como la mejor prevención y tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los síntomas gripales, para cualquiera de los tres tipos de virus, aparecen de repente y desaparecen de 1 a 2 semanas después. En caso de una gripe simple, aparecerá hipertermia, astenia, mialgia y cefalea. De tratarse de una gripe grave, las complicaciones son debidas a la afectación vírica o a sobreinfecciones bacterianas que causarán principalmente neumonía.

El tratamiento de la gripe simple será siempre sintomático. Mientras que en la gripe grave se ampliará el mismo dependiendo de las complicaciones asociadas.

Pandemias gripales en el siglo XX:
- 1918-1919, por virus A (H1N1) con una mortalidad total de más de 50 millones de personas. Aunque se denomina la "gripe española", comenzó en una base militar de Estados Unidos.
- 1957-1958, por virus A (H2N2) causó síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA). Lo que conllevó a que se iniciaran los primeros intentos de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO). Comenzó en el este de Asia.
- 1968-1969 por virus A (H3N2), aunque fue una pandemia, su gravedad fue moderada. Comenzó en Estados Unidos.

Primera pandemia de gripe del siglo XXI:
- 2009-2010 por virus A (H1N1). La cepa originaria era H1N1 con material genético de una cepa procedente de aves, dos procedentes de cerdos y otra procedente de humanos. Por ello al comienzo de la pandemia se la denominó "gripe porcina". Tuvo una rápida propagación, desde Estados Unidos, por ello la OMS declaró el nivel de alerta 6 (al afectar al menos a dos continentes). Provocó cuadros graves en adultos jóvenes, de los cuales un 25% requirieron ingreso en unidades de críticos. Los mayores de 65 años se vieron menos afectados, ya que estaban parcialmente protegidos al haber estado en contacto con cepas similares en el pasado; sin embargo, los que padecieron la enfermedad tuvieron mayor tasa de mortalidad.

La elevada morbimortalidad de esta pandemia fue debida a que las neumonías

víricas evolucionaron rápidamente a SDRA.

La OMS declaró la fase postpandémica en agosto de 2010. El virus no desapareció, sin embargo, debido a que se vacunó a cinco grupos prioritarios (personal sanitario, embarazadas, menores de 6 meses y sus cuidadores, personas entre 6 meses y 24 años, mayores de 24 hasta 65 años con comorbilidad), este comenzó a comportarse como una gripe estacional.

5 Discusión-Conclusión

La gran capacidad de mutación de sus proteínas víricas explica la existencia de pandemias que conllevan altas tasas de morbimortalidad debido a que no existe en ese momento inmunidad innata ni adquirida a esa nueva variación. Así mismo al comienzo de la pandemia, como es lógico no existe vacuna eficaz.

La mejor protección, sigue siendo la vacunación antigripal. Debe ser administrada de forma anual, al menos dos semanas antes del inicio de la temporada gripal. Se vacunará a las personas con riesgo de complicaciones sobreañadidas.

Debido a las constantes mutaciones del virus, la OMS emite cada año unas recomendaciones sobre las cepas que tiene que incluir la vacuna en esa campaña. La eficacia varía entre 50-80%.

Existe un tratamiento antiviral específico, el cual si se administra de forma precoz disminuye la intensidad y duración de los síntomas. Pero debemos limitar su uso para los casos más graves.

Respecto a las campañas contra la vacunación antigripal, en 1976, se asoció la vacunación contra el virus A (H1N1) porcino, con un aumento considerable de los casos de síndrome de Guillain-Barré, en el periodo de 6 semanas posterior a la administración de dicha vacuna. Debido a ello en 2009-2010, se monitoriza de nuevo, en Estados Unidos, la aparición de dicho síndrome ligado a la vacunación.

Se llegó a la conclusión de que no había aumento de la incidencia. Por lo cual es difícil confirmar que pueda haber una asociación entre la vacunación y la aparición del síndrome. En cualquier caso, todos los pacientes que presentaron el síndrome ligado a la campaña antigripal tuvieron una buena evolución neurológica.

6 Bibliografía

- Preliminary results: surveillance for Guillain-Barré syndrome after receipt of influenza A (H1N1) 2009 monovalent vaccine - United States, 2009-2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2010; :65761.
- Gachot B., and Vachon F.: Severe «malignant» influenza in the light of past history. Med Mal Infect 2010; 40: pp. 55-59
- Jhung M.A., Swerdlow D., Olsen S.J., Jernigan D., Biggerstaff M., Kamimoto L., et al: Epidemiology of 2009 pandemic influenza A (H1N1) in the United States. Clin Infect Dis 2011; 52: pp. S13-S26
- Rothberg M.B., and Haessler S.D.: Complications of seasonal and pandemic influenza. Crit Care Med 2010; 38: pp. e91-e97
- Hui D.S., Lee N., and Chan P.K.S.: Clinical management of pandemic 2009 influenza A(H1N1) infection. Chest 2010; 137: pp. 916-925
- Beigel J.H., Farrar J., Han A.M., Hayden F.G., Hyer R., de Jong M.D., et al: Avian influenza A (H5N1) infection in humans. N Engl J Med 2005; 353: pp. 1374-1385

Capítulo 40

ACTUACION SOBRE UNA BRONCOASPIRACIÓN

MARTA PALACIO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La broncoaspiración consiste en las aspiración accidental de sólidos o líquidos por la vía aérea. Puede sobrevenir también en las personas inconscientes o en los bebés de forma que la comida queda acumulada en la boca y es llevado hacia los bronquios en el momento de aspirar lo que obstruye las vías respiratorias.

2 Objetivos

El objetivo del presente capítulo es dar a conocer la sintomatología de la broncoaspiración.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una broncoaspiración es un acontecimiento muy elevado de morbimortalidad, que igual no da tiempo a interceptarlo en el momento del suceso. Hay signos que pueden hacer sospechar de ese paciente puede parecer el atragantamiento: tos durante, antes o/y después de ingerir, tragar con dificultad, también es un signo.

La aspiración de cuerpo extraño, se trata de una situación que puede acarrear graves consecuencias, representando en ocasiones una amenaza inmediata para la vida. Cuando un cuerpo extraño pasa a la vía aérea, el organismo reacciona de forma inmediata, con el reflejo de la tos. La tos violenta puede hacer que el objeto sea expulsado al exterior solucionando el atragantamiento. Lo que puede ocurrir que el cuerpo extraño se detenga en algún punto del trayecto provocando una obstrucción parcial o total que puede llevar a un fallo respiratorio.

5 Discusión-Conclusión

La repercusión de un cuerpo extraño implantado en la vía aérea va a depender de su localización, del grado de obstrucción y de su naturaleza que origine, pudiendo provocar patologías de forma tanto crónicas como de forma aguda. Los síntomas de aspiración pueden simular diversas enfermedades como bronquitis, neumonía, asma, etc. Lo que retrasa el diagnóstico correcto y favorece la aspiración de complicaciones.

6 Bibliografía

1. Blanco G, Penchyna J, Teyssier G, Urgencias de pedriatia Mexico. Cbezas L, Kuroima M, cuerpos extrañaos en vía aerea. Rev Clin Condes 2011:22(5) 289-92.
2. www.medline.es
3. www.ne.gob.mx

Capítulo 41

ESTUDIO Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN POR LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

MARIA ISABEL GAYO RODRIGUEZ

CARMEN BELEN GEJO BENEITEZ

1 Introducción

El paciente que presenta riesgo de úlceras por presión, constituye un área de cuidados de enfermería, tanto para prevenir su aparición, como para conseguir su curación.

Las Úlceras por presión (UPP) constituyen hoy en día un importante problema por sus repercusiones negativas en el nivel de salud de quienes las padecen y en la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores. También es importante tener en cuenta que, desde una perspectiva social, supone un elevado consumo de recursos, y desde el punto de vista profesional, plantea cada vez con más frecuencia cuestiones de responsabilidad ética y legal, al ser consideradas en muchos casos como un problema previsible y en muchos casos evitable.

El rol del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el cuidado de las úlceras por presión ha evolucionado con el paso de los años, siendo este colectivo un pilar fundamental para llevar a cabo objetivos específicos y medidas preventivas dirigidas a evitar su aparición.

Tradicionalmente el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) ha estado relacionado fundamentalmente con la cobertura de las necesidades básicas de los pacientes dependientes: aseo, ayuda en la alimentación, ayuda en la movilización, y tareas de cambios de dispositivos de incontinencia, sin quedar reflejado ni en el imaginario general, ni en los registros, ni siquiera en la propia identidad del colectivo la importancia de su labor

Sin embargo, su cada vez mayor nivel de conocimientos y competencia, ligado a su histórico nivel de compromiso profesional ha generado que en algunas unidades los TCAE sean pieza fundamental en la toma de decisiones compartidas en el equipo de salud, con la delegación por parte del graduado/diplomado de enfermería tanto del diagnóstico, como de la prevención y tratamiento de algunas lesiones relacionadas con la dependencia.

En mi papel como TCAE durante la acogida del paciente y durante las tareas de aseo y cambio de dispositivos de incontinencia soy la que realiza una valoración directa del estado de la piel del paciente y del riesgo que éste presenta de padecer lesiones relacionadas con la dependencia, reconociendo no sólo riesgo de lesiones por presión (UPP), sino las dermatitis asociadas a la incontinencia (DAI), lesiones por fricción (LF) por cizalla (LC) y aquellas lesiones mixtas que requieren tratamientos específicos. No sólo con el juicio clínico, sino que mediante la aplicación de escalas de valoración como Braden® o Norton, me permiten la categorización del riesgo o del tipo de lesión que presenta el paciente.

Este diagnóstico inicial es lo que me permite instaurar tratamientos preventivos protocolizados y consensuados con los enfermeros. Generalmente, entre mis labores como TCAE, por ese primer contacto con el paciente, soy capaz de detectar precozmente lesiones o el riesgo de aparición de las mismas. En función del diagnóstico que realizo, instauro medidas preventivas protocolizadas según el tipo de lesión.

2 Objetivos

El objetivo del presente capítulo es facilitar el estudio y prevención de las úlceras por presión por parte de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de enfermería (TCAE).

3 Metodología

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

4 Resultados

Una vez se han desarrollado estas lesiones, es necesario llevar a cabo tratamientos efectivos para que no se produzcan complicaciones en los pacientes y además hay que continuar con las medidas de prevención establecidas para impedir que aparezcan nuevas úlceras por presión (UPP):
-Colaborar en la identificación de pacientes con riesgo de desarrollar úlceras cutáneas.
-Proporcionar conocimientos y mantener un buen estado de la piel, ayudando en eliminar o disminuir la presión y vigilando el estado nutricional del paciente.
-Colaborar en la identificación de parámetros unificados sobre la evolución de la lesión para restituir a la piel su integridad.

El colectivo de TCAE son los profesionales sanitarios junto con el de enfermeras que tienen un trato más directo con el paciente, y posiblemente sean los que más tiempo pasan junto al paciente dependiente, cubriendo sus necesidades terapéuticas, preventivas y de educación sanitaria tanto de pacientes como de cuidadores.

La Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) de USA, define que el riesgo de padecer UPP se ha de medir con una herramienta que permita cuantificarla importancia del riesgo. Si el sistema de prevención y estudio está suficientemente desarrollado aportará, además, una indicación de cuál es la actuación correcta ante la UPP, cuáles son las acciones oportunas para corregir está y que tipo de material es el indicado para realizar la prevención o cura.

Existen hoy en día diferentes escalas de medición (Braden-Bergstrom, NOVA4, Norton, Norton modificada, etc.) de las Ulceras por presión, algunas de ellas evalúan aspectos similares, otras son más completas, pero por norma general todas establecen un grado de riesgo que va a determinar los cuidados que se planifiquen para la prevención y curación.

Aunque la principal causa de las UPP es la presión, existen una serie de elementos que en presencia de la misma pueden desencadenar o acentuar la susceptibilidad de desarrollarlas. Son factores que contribuyen a la aparición de úlceras y que pueden agruparse en estos dos grandes grupos:

1. Intrínsecos: como consecuencia de diferentes problemas de salud. Enfermedades concomitantes: alteraciones respiratorias, cardiacas.

- Alteraciones sensitivas: la pérdida de sensibilidad cutánea disminuye la percepción de dolor y dificulta las respuestas de hiperemia reactiva.
- Alteraciones motoras: lesionados medulares, síndromes de inmovilidad.
- Alteraciones de la circulación periférica, trastornos de la microcirculación o hipotensiones mantenidas.
- Alteraciones nutricionales: delgadez, obesidad, déficit de vitaminas, hipoproteinemia, déficit hídrico.
- Alteraciones cutáneas: edema, sequedad de piel, falta de elasticidad. Envejecimiento cutáneo.

2. Extrínsecos: como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos.

- Humedad: incontinencia, sudoración profusa, exudados de heridas.
- Pliegues y objetos extraños en la ropa.
- Tratamientos farmacológicos: inmunosupresores, sedantes, vasoconstrictores.

En el manejo de las UPP, la prevención es el mejor tratamiento; por ello, el mayor esfuerzo debe ir encaminado a la detección precoz de pacientes de riesgo, así como a la aplicación de medidas preventivas adecuadas.

Los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) junto con las enfermeras son el colectivo sanitario que tienen un trato más directo con el paciente, siendo los que más tiempo pasan junto al paciente dependiente cubriendo las necesidades terapéuticas, preventivas y de educación sanitaria.

Por esto, los TCAE deben brindar una serie de cuidados específicos en la piel para poder detectar de forma rápida la aparición de la lesión se debe examinar el estado de la piel como mínimo una vez al día. La fase más temprana consiste en un eritema cutáneo que no palidece en piel intacta tras 30 minutos de haber desaparecido la presión. Actuar sobre ella debe ser de inmediato para evitar que extienda a estadios más graves. Hay que hacer hincapié en las prominencias óseas como son: sacro, talones y caderas y en aquellas zonas expuestas a humedad bien sea por incontinencia, transpiración o secreciones.

La piel del paciente tiene que mantenerse en todo momento limpia y seca, uti-

lizando jabones neutros y evitando la fricción cuando se realice el secado. No se aconsejable emplear sobre la piel alcoholes, puesto que hacerlo no beneficia el estado de la piel, sino todo lo contrario, la perjudica resecándola y disminuyendo la microcirculación y fomentando si se emplea la aparición de la lesión.

Los ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) son una mezcla de ácidos grasos sometidos a un proceso de hiperoxigenación de los cuales obtienen la eficacia terapéutica. Se recomienda la aplicación de cremas hidratantes en la piel de los pacientes y en los puntos de apoyo, donde existe mayor riesgo de úlceras por presión (UPP), se aconseja aplicar estos ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO). Su empleo obtiene beneficios como:
-Protegen la piel frente a causas que produzcan la aparición de las UPP.
-Impiden la deshidratación cutánea y restauran la película hidrolipídica.
-Aumentan la resistencia al rozamiento.
-Enriquecen la troficidad cutánea.
-Fomentan la renovación celular.
-Estimulan la microcirculación sanguínea evitando la isquemia tisular.

La aplicación de AGHO en las zonas de riesgo es una medida de prevención, y a su vez de tratamiento de las UUP de grado I, que forma parte de los protocolos de los hospitales más relevantes de España. Su aplicación es muy fácil y cómoda, reduciendo tiempo de dedicación del personal sanitario y beneficiando a los pacientes a utilizarlo en sus domicilios debido a su sencillo empleo.

El manejo de presión mantenida es el factor más importante en la aparición de úlceras por presión (UPP), ya que se crea un proceso isquémico en los tejidos a consecuencia de una disminución del aporte de oxígeno y de nutrientes. Para disminuir la presión hay que mejorar la movilidad del paciente realizando cambios posturales cada 2-3 horas si se encuentra encamado y si el paciente puede moverse por sí solo es conveniente que realice cambios posturales cada 15 min. Hay que evitar que el paciente se apoye de forma directa sobre sus lesiones y sobre todo evitar el contacto directo entre sí de las prominencias óseas y el arrastre en el momento de efectuar las movilizaciones, reduciendo así la fricción.

Existen superficies especiales de apoyo, tanto estáticas como dinámicas, que permiten manejar y distribuir la presión. También hay que tener muy en cuenta que existen diferentes dispositivos que se utilizan en los pacientes como sondas, mascarillas o catéteres que pueden provocar rozamientos y de presión sobre la piel produciendo una UPP.

Una adecuada nutrición es necesaria para evitar la aparición de las úlceras por presión (UPP) e incluso para favorecer la cicatrización en caso de padecerlas. Asiduamente, los pacientes que desarrollan una UPP agrupan una serie de condiciones que complican una correcta nutrición como: edad avanzada, carencia de dientes, problemas neurológicos o bajo nivel de conciencia. Es importante recurrir a suplementos nutricionales formulados de forma especial para pacientes con heridas crónicas en caso de que la dieta habitual del paciente no cubriera sus necesidades.

El objetivo para la mayoría de las personas es el mantenimiento de la actividad y de deambulación. Cuando sea posible, invitar al paciente a movilizarse por sí mismo a intervalos frecuentes, que permitan redistribuir el peso y la presión. Si existe potencial para mejorar la movilidad física, inicie la rehabilitación y considere la derivación a fisioterapia.

5 Discusión-Conclusión

De forma tradicional, el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en las unidades de hospitalización ha estado relacionado sobre todo con suplir las necesidades básicas de los pacientes dependientes tales como: aseo, alimentación, movilización, cambios de dispositivos de incontinencia, etc. Sin embargo, el creciente nivel de conocimientos y competencia con el paso de los años, unido a su histórico nivel de compromiso profesional ha desembocado en que los TCAE sean piezas fundamentales en la toma de decisiones compartidas en el equipo de salud como son la prevención y tratamiento de algunas lesiones relacionadas con la dependencia como lo son las UPP.

Desde los años sesenta hasta día de hoy, en nuestro país se ha producido un cambio significativo de mentalidad respecto a la concepción de la actividad sanitaria. Se debe tener conciencia desde el propio escenario asistencial y jurídico relacionado con las úlceras por presión (UPP), partiendo del pensamiento general de una sociedad que entendía las UPP como algo inherente a la edad avanzada, situación de fase terminal o inmovilidad del paciente, empezando a despertar reacciones, reclamaciones y denuncias por parte de los pacientes y familiares al cerciorarse de la aparición de una UPP que se puede evitar en el 95% de los casos con una prevención adecuada, unas fáciles pautas profilácticas y con el uso del adecuado.

Enseñar a mantener la piel seca y limpia (dar instrucciones específicas de acuerdo

con la causa). Enseñar cómo cambiar inmediatamente los pañales húmedos. Explicar la necesidad de aumentar la ingesta de proteínas durante la cicatrización de los tejidos. Explicar cómo se mantiene la posición anatómica correcta: Proporcionar detalles claros, de forma que consiga la posición adecuada. Enseñar cómo hacer los cambios de posición: El cambio de posición corporal previene la congestión de las secreciones respiratorias, facilita la expectoración, favorece la circulación, proporciona bienestar al evitar la presión prolongada sobre determinadas áreas corporales.

Esto quiere decir que considero que mi papel como TCAE necesariamente se ve abocado a dar un cambio cualitativo y pasar de ser meros auxiliares, sin nivel de decisión, a tomar parte activa en la responsabilidad que conlleva el cuidado del paciente dependiente. Asumiendo un rol profesional activo, para ello es fundamental el registro de estos cuidados y la transmisión de los mismo a la historia del paciente, donde tiene que aparecer el nombre de los profesionales TCAE que han tenido parte activa en el episodio de la salud del paciente.

No solo tenemos parte activa en la labor asistencial, sino que además tenemos un importante protagonismo a la hora de compartir conocimientos y experiencias al resto de profesionales del equipo de salud mediante sesiones de cuidados y formación tanto a profesionales de nuestra categoría como enfermeras.

6 Bibliografía

1. Guía de cuidados enfermeros. Ulceras por presión INSALUD.
2. Revistamédica.com
3. Ulceras.net
4. Adams.es
5. Guía para la prevención y manejo de las UPP y heridas crónicas. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.
6. Hospital Universitario REINA SOFIA – Área de enfermería. Protocolo de cuidados en ulceras por presión.
7. Infogerontología.com

Capítulo 42

EL ADECUADO ASEO Y CUIDADO EN PACIENTES ENCAMADOS

SILVIA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ

MARIA DOLORES ALVAREZ SANTOS

1 Introducción

Las condiciones de higiene y limpieza van a ser esenciales para la correcta evolución del paciente. No solo es imprescindible un buen aseo e higiene del propio paciente si no que todos los elementos habituales de la habitación deben de estar igualmente limpios e higienizados (cama, mesa, silla, sillón, etc.), y fundamentalmente la ropa de cama y lencería. Hay que tener en cuenta que existen varias formas de colocar al paciente encamado para rehacer su cama priorizando en todo momento su seguridad y comodidad.

2 Objetivos

-Asegurar su correcta higiene, siendo ésta realizada por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), que será apoyado por el personal de enfermería cuando sea necesario por la situación y condiciones del paciente.
-Informar al paciente siempre que sea posible de la técnica que se va a realizar y comprobar que lo ha comprendido, aislar al paciente para asegurar su intimidad, se comprobará que la habitación está a una temperatura adecuada y sin corrientes de aire.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para un aseo e higiene en pacientes encamados se necesitará:

- Material básico necesario para llevar a cabo el aseo: guantes de un solo uso, palangana con agua a temperatura adecuada, jabón líquido, suero fisiológico, esponjas, gasas, cepillo de uñas, cepillo y pasta de dientes, vaso, toallas, peine, colonias, vaselina, pijama o camisón y ropa de cama.
- Las actuaciones que debe realizar el TCAE: Quitar la ropa de cama, pijama o camisón una vez aislado el usuario y con la habitación a temperatura adecuada, cubriéndole con una toalla todo el cuerpo, iremos retirando la toalla poco a poco a medida que se vaya necesitando procurando tener cubierta aquella zona que no estamos lavando.
- Lavarse las manos y colocarse los guantes de un solo uso.
- Colocar al paciente en posición de decúbito supino lavarle ojos, boca, nariz y oídos con una esponja empapada en agua no jabonosa para evitar el escozor el mal sabor después de lavarle estas zonas hay que secarlo perfectamente.
- Seguidamente se continúa por el cuello, brazos y axilas con otra esponja empapada en agua jabonosa; aclarar bien y secar perfectamente.
- A continuación se coloca la palangana con el agua y el jabón encima de la cama indicándole que si puede participe en su propio aseo de manos. Seguidamente secar bien, poniendo especial cuidado en el espacio interdigital.
- Posteriormente lavar el pecho y abdomen incluyendo la zona de los muslos e ingles, sin olvidar el hueco umbilical, se aclarará y secará perfectamente. Hay que prestar especial atención a la piel por si aparecen signos de irritación.
- En el paciente encamado hay que flexionarle las piernas y lavarle rodillas, piernas y cara anterior y posterior del muslo, aclarar y secar perfectamente. Se introducen pies en la palangana y se procede a su lavado, aclarado y secado teniendo especial cuidado entre los dedos.

- Con el paciente en decúbito lateral se extenderá la toalla cerca del cuerpo lavando desde cuello y se llenará de nuevo con agua caliente y jabón neutro.
- Se da un pequeño masaje con crema hidratante después se realiza el lavado de los genitales con agua caliente y jabón neutro.
- Se realiza higiene bucal con depresor y torundas más enjuague bucal.aplicar vaselina en los labios.
- Secar adecuadamente y vestir al paciente dejándolo al paciente en una posición cómoda.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales TCAES conocen las herramientas para el cuidado del aseo en pacientes encamados para brindar la comodidad que necesitan en ese momento pero muchas veces se deja al lado el componente teórico. Es muy importante recalcar las necesidades del paciente en cuanto alivio, tranquilidad y comodidad. Es importante crear una cultura institucional de comodidad aplicando las mejoras prácticas.

6 Bibliografía

- Kolcaba K. Comfort Theory and practice.
- Higiene del medio Hospitalario y limpieza de material. Ana Mª Fdez de Espinosa Pérez de la Plaza.

Capítulo 43

MEDIDAS PREVENTIVAS EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

SILVIA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ

MARIA DOLORES ALVAREZ SANTOS

1 Introducción

Las úlcera por presión (UPP) son lesiones que aparecen en la piel y en las mucosas por la interrupción del flujo sanguíneo causada por la presencia de presiones externas sobre la piel. Esas presiones pueden ser debidas a la aplicación de instrumentos sanitarios para el tratamiento de alguna afección (sondajes vesicales, gafas nasales, sondas nasogástricas, férulas) o a elementos cotidianos (ropa, gafas etc).

La ruptura de la integridad cutánea puede alcanzar en profundidad la hipodermis e incluso la zona ósea y presenta una escasa tendencia a la cicatrización pueden deberse a elementos extrínsecos que son ajenos al usuario o a elementos intrínsecos que son propios de cada individuo que conlleva la pérdida o disminución de la percepción sensitiva o dolorosa.

2 Objetivos

-Lleva a cabo medidas de prevención y el tratamiento de las UPP.
-Aplicar técnicas de aseo e higiene adecuadas, proteger la piel, realizar cambios posturales así como aplicar determinados tratamientos generales y locales (alimentación rica en vitaminas y proteínas).

-Observar los primeros síntomas: calor, enrojecimiento y dolor a la palpación.
-Prestar especial atención en pacientes con piel en mal estado, circulación deficiente, pacientes muy delgados, pacientes sin control de esfínteres, pacientes anémicos, ancianos, pacientes con tumores malignos, diabéticos y paralíticos, comatosos.

3 Metodología

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

4 Resultados

El tratamiento de los pacientes con úlceras por presión requieren unos buenos cuidados de enfermería tanto generales como locales y sobre todo las medidas preventivas después de una primera valoración del riesgo de sufrir úlceras aplicando para ello por ejemplo la Escala de Norton.

Las medidas preventivas van dirigidas a la presión, estimular la circulación y conservar la piel limpia y en buen estado. Estas medidas consisten en buena higiene de la piel, la cual tiene que estar siempre limpia y seca sobre todo en zonas de pliegues (jabones neutros, cremas higratantes).
-Ropa de la cama limpia: sin arrugas, secas y sin presión sobre el enfermo.
-Cambios posturales se debe de variar los puntos de apoyo cada 2 horas.
-Exploración sistemática, vigilar la piel del paciente todos los días.
-Masajes porque favorecen la circulación sanguínea.
-Se deben de utilizar medios para aliviar presión como cojines o flotadores, férula de arco, protecciones locales, colchón antiescara, colchón de agua, de gel o de goma espuma.
-Una buena nutrición (alimentación rica en proteínas y líquidos)
-Un tratamiento adecuado de la incontinencia (empapadores, sondas, pañales etc).
-Pomadas que aíslen frente a la humedad.
-En el caso de pacientes inmovilizados son fundamentales los cambios posturales

en los cuales se aprovechará para visualizar el estado de la piel, su grado de coloración, temperatura.

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión son un problema grave y frecuente sobre todo en pacientes ancianos y en pacientes inmovilizados. Estos pacientes requieren unos buenos cuidados del personal de enfermería sobre todo hay que tener en cuenta que el éxito del tratamiento va a depender en gran medida de que el paciente se recupere de su patología o enfermedad subyacente. Y fundamentalmente que el mejor tratamiento de las úlceras por presión es la prevención.

6 Bibliografía

- Técnicas básicas de enfermería. Macgraw Hill.
- Gneaupp.info. www.ulcers.net
- Kolcaba K. Confort Theory and practice

Capítulo 44

LOS CUIDADOS EN LA HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO

ANA BÉLEN GONZALEZ DIAZ

SONIA GONZALEZ DIAZ

1 Introducción

La piel es la cubierta exterior del organismo y el órgano más amplio del cuerpo. Constituye la barrera de separación entre el medio y el externo y su espesor varía entre 0.5 y 2 mm aproximadamente.la funciones de la piel son de protección, regulación térmica, secreción, absorción, recepción, síntesis y excreción.

La higiene se ocupa de los procedimientos que contribuyen para desarrollar un óptimo estado de bienestar en el ser humano. El aseo es muy importante y es un escalón para alcanzar la salud, ayudando a mejorar las condiciones de vida y a evitar la proliferación de microorganismos patógenos para prevenir enfermedades, conservar la piel en un buen estado, contribuyendo al bienestar físico, social y mental del paciente.E n este contexto es indispensable dar cumplimiento a las reglas de higiene, más aun en pacientes encamados que requieren ayuda. Es allí donde el personal auxiliar de enfermería interviene, debiendo estar suficientemente capacitados para realizar esta actividad con una actitud responsable y humana.

2 Objetivos

-Satisfacer las necesidades de higiene y confort del paciente durante su hospitalización, y tratar de ofrecerle buenos hábitos de higiene para el futuro.

-Mejorar la calidad de vida de la persona que lo recibe.
-Recoger datos que permitan visualizar el estado general del paciente, así como el estado de su piel.
-Activar la circulación sanguínea.
-Establecer una relación con el paciente, alentándolo a ser tan independiente como le sea posible.
-Evitar las enfermedades de la piel más comunes, manteniendo una adecuada higiene de la piel del paciente.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica sobre el tema planteado, la importancia de la higiene del paciente encamado, con el fin de recopilar los datos necesarios para elaborar este capítulo. La búsqueda de los documentos científicos se ha llevado a cabo a través de diversas bases de datos: PubMed y ScienceDirect.

4 Resultados

Se muestran distintos beneficios de la higiene en el paciente encamado. La higiene provoca en el paciente sensación de bienestar, favoreciendo su satisfacción con esta técnica, mejorando la relación paciente enfermera. La higiene oral en los pacientes intubados puede prevenir la neumonía asociada a ventilación mecánica, recurriendo al uso de la clorhexidina. En pacientes incontinentes, se pueden producir lesiones debido a la exposición de la piel a la humedad, por lo que es necesario un plan de cuidados que incluya la realización de la higiene, empleando diversos productos y técnicas no agresivas con la piel. Por último, la higiene es uno de los pilares clave en la prevención de las úlceras por presión, incluida dentro de los cuidados de la piel.

5 Discusión-Conclusión

-La higiene proporciona satisfacción a los pacientes, estableciendo lazos con la enfermera debido al cuidado que esta ejerce sobre ellos, proporcionándoles bienestar.
-Se recomienda la higiene oral mediante el uso de clorhexidina para la prevención de la neumonía asociada a ventilación. La higiene forma parte de los cuidados de

la piel, los cuales se llevan a cabo para la prevención de lesiones de la piel, como úlceras por presión y lesiones por humedad.
-La higiene de la piel debe de ser rigurosa, empleando productos que no irriten la piel, para que así esta no pierda su función barrera. Actualmente, según la búsqueda, se recomiendan las toallitas 3 en 1, así como los jabones sin aclarado.
-La mayoría de los estudios relacionados con la higiene, se basan en la higiene del personal sanitario, generalmente para evitar las infecciones nosocomiales, y en procedimientos sobre el modo de realizar la higiene. Sin embargo, existe una limitada evidencia sobre los múltiples beneficios de este cuidado sobre el paciente. Por lo tanto, se detecta la necesidad de investigación sobre los beneficios de la higiene en el paciente encamado, así como estudios que avalen el papel de la enfermera en el ejercicio de esta practica

6 Bibliografía

- Carrascal C, Ramírez M, David J. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. Enfermería Global [revista en Internet] 2015 octubre. [acceso 8 de enero de 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/revision2.pdf
- PAE: Virginia Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Aprende en Línea – UdeA [Internet]. [actualizada 30 de Abril de 2016; acceso 11 de enero de 2018] Disponible en: http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61971
- Young P, Hortis De Smith V, Chambi MC, Finn BC. Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. Rev Med Chil [revista en Internet]. 2011 Junio [acceso 11 de enero de 2018]. Disponible en: http://www.scielo.cl
- García Porrero J, Hurlé J. Piel y anejos cutáneos. Anatomía humana. 1ª Ed.Madrid: Mc Graw Hill interamericana; 2005. P. 13-23.
- Sonia R, Francisco Javier J, Maria del Rocío E. La higiene en los pacientes hospitalizados por parte de Enfermería. Revista Médica Electrónicaportalesmedicos.com [revista en Internet]. 2017 Septiembre [Acceso 12 de enero de 2018]. Disponible en: https://www.revistaportalesmedicos.com
- Florez Almonacid, Clara Inés; Romero Bravo Á. Higiene y cuidados de la piel. Manual de Protocolos Y Procedimientos Generales de Enfermería. Servicio Andaluz de Salud; 2010 Octubre [acceso 16 de enero de 2018].

Capítulo 45

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTE ENCAMADO

MARIA JOSEFA GARCIA GUTIÉRREZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP), constituyen una de las complicaciones más frecuentes que surgen paralelas a la patología del paciente ingresado, siendo a la misma vez, uno de los problemas más frecuentes en la práctica diaria del personal de enfermería. De ahí, que su prevención, sea considerada uno de los principales objetivos en aquellos pacientes considerados de riesgo. Cuando una persona no puede valerse por sí misma, debe pasar la mayor parte del tiempo en la cama. En estos casos, el cambio postural es la principal medida de prevención de lesiones en la piel, como las úlceras por presión.Los cambios posturales constituyen, sin lugar a duda, una de las medidas básicas para la prevención de las UPP.

Actualmente, la práctica de los cambios posturales está en discusión, ya que la evidencia que la sostiene es de carácter empírico o consensual, y para lograr el completo alivio de dicha presión lo que siempre se ha enseñado en enfermería y luego se ha llevado a la práctica. Los cambios posturales no solo deben hacerse durante el día, sino también por la noche, durante la cual conviene hacer al menos un cambio. Lo que se suele recomendar es dejar a la persona acostada de lado al comienzo de la noche. Así, a mitad de la noche, simplemente será necesario quitar la almohada que habíamos puesto en su espalda, para que quede acostada boca arriba. De este modo, evitamos que se despierte o afecte al confort de la persona o del propio cuidador.

Junto a los cambios posturales es fundamental una buena higiene, inspección e hidratación de la piel, la cual debe ser óptima tanto de forma interna como externa, proporcionando al paciente líquidos y cremas para que esté nutrida adecuadamente.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es analizar las medidas preventivas de las úlceras por presión.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando hay presión localizada en zonas de la piel bajo las prominencias óseas (sacro y las áreas trocantéreas), disminuyen en estas posiciones, cuando los sujetos están sobre un colchón normal o estándar en el hospital. Esto explica el alto riesgo de formación de UPP en pacientes de edad avanzada, que tienen muy reducidos los movimientos involuntarios nocturnos. Por lo tanto, el primer principio de la prevención de UPP es la eliminación de la presión localizada tanto en el trocánter como en sacro.

Los resultados de la correlación de Spearman avalan que el nivel de riesgo obtenido de la sumatoria de los criterios de la escala de Braden se relaciona con la aparición de las UPP a las 72 h de estancia hospitalaria. Se sugiere clasificar a las personas con alto riesgo e implementar de manera inmediata las medidas preventivas, para mantener la integridad cutánea del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Para prevenir las UPP es necesario que el profesional de enfermería establezca cuidados posturales y preventivos, que permitan disminuir el deterioro de la integridad cutánea del paciente, basados en los factores de riesgo que establece la escala de Braden. Hay que considerar la influencia del número de tratamientos invasivos y medicamentosos pues esta es directamente proporcional a la aparición de UPP, es decir, a mayor número de tratamientos, mayor será el riesgo. Así como la edad del paciente, la duración de la estancia hospitalaria y la integridad cutánea para así establecer un protocolo de cambios posturales y de medidas de higiene conveniente y adecuado al enfermo.

6 Bibliografía

1. Soto I, Zavala M. Valoración del riesgo de formación de úlceras por presión en el anciano hospitalizado. Gerokomos 2003; 14 (3): 157-64.
2. Soldevilla JJ, Torra JE, Verdú J, Martínez F, López P, Rueda J et al. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2006; 17 (3): 154-72.
3. Rodríguez MC, Soldevilla JJ. ¿Juicio clínico o escalas de valoración para identificar a los pacientes en riesgo de desarrollar úlceras por presión? Gerokomos 2007; 18 (1): 36-51.
4. Ayedo EA, Braden B. ¿Por qué la valoración del riesgo de úlceras por presión es tan importante? Nursing 2002; 20 (5): 8-13.
5. García RF, Gago M, Rueda J, Torra JE, Soldevilla JJ, Verdú J et al. Prevención de úlceras por presión. Perspectiva desde la urgencia hospitalaria. Gerokomos 2004; 15 (2): 100-6.

Capítulo 46

APNEA DEL SUEÑO

MARIA JOSE MENENDEZ SEOANE

1 Introducción

La apnea del sueño es un trastorno en donde la respiración se interrumpe o se hace muy superficial durante el sueño, causando un colapso en las vías respiratorias o una obstrucción en ellas. Estas interrupciones pueden durar desde pocos segundos a minutos y pueden ocurrir más de treinta veces por hora. Luego la respiración vuelve con un ronquido o resoplido.

La prueba esencial para diagnosticar la apnea del sueño es un estudio de sueño, siendo la polisomnografía la más precisa y la que más información aporta. Requiere pasar una noche en un centro de sueño. Lo esencial no es tanto estudiar cómo se duerme, sino cómo respira mientras duerme. Se realiza una medición del flujo respiratorio, del esfuerzo que se hace para respirar, del nivel de oxigenación de la sangre, del funcionamiento del corazón y de la calidad del sueño. Esta prueba es crucial para diagnosticar un cuadro de apnea del sueño.

En todos los casos se deben seguir unas medidas generales de prevención, similares a las enunciadas para prevenir el ronquido, pero dada la mayor gravedad de la apnea, conviene llevarlas a cabo con empeño. Estas medidas son: disminución de peso, intentar no dormir sobre la espalda, evitar la ingestión de alcohol, tranquilizantes o el consumo de tabaco, realizar ejercicio moderado. Las medidas quirúrgicas pueden ser de varios tipos, pero todas parten de una exploración por parte de un especialista en otorrinolaringología, en la que se examine con detalle la estructura de las vías aéreas. El tipo de operación dependerá del lugar y de la importancia de las anomalías encontradas. Es bajo el porcentaje de pacientes que resuelven de manera definitiva su problema.

El tratamiento de elección para los casos más severos es el tratamiento con presión positiva de aire (comúnmente llamado por sus iniciales en inglés CPAP), consiste en una mascarilla nasal o nasobucal, que se utiliza por las noches siempre que se va a dormir y que se encuentra conectada por un tubo a un pequeño aparato que se coloca sobre la mesilla de noche. El aparato CPAP es un compresor de aire, que emite una corriente de aire que se respira y que evita que la vía aérea se colapse, permitiendo respirar con normalidad toda la noche. Este tratamiento con CPAP no es curativo, pero si que es útil mientras se utiliza.

Es muy importante un diagnóstico claro de apnea del sueño para poder llevar un tratamiento que mejore los síntomas de cansancio y aumente la calidad de vida del paciente.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar los pasos a seguir para evitar las complicaciones derivadas de sufrir este trastorno de apnea del sueño.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

1. PlOS Medicine. Mortalidad relacionada con el SAHS.
2. MedlinePlus; Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. Institutos Nacionales de la Salud. Apnea obstructiva del sueño.
3. FamilyDoctor.org. Dispositivos de CPAP para la apnea del sueño.
4. https://www.iis.es/sindrome-de-apnea-del-sueno-obstructiva-sintomas-consecuencias/
5. https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/prevencion-salud/apnea-del-sueno.html

Capítulo 47

PSORIASIS

MARIA JOSE MENENDEZ SEOANE

1 Introducción

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica relativamente común que afecta alrededor del 2-3 % de la población general y se caracteriza por una hiperproliferación de los queratinocitos, secundaria a la activación del sistema inmune.

Aunque afecta primariamente la piel y las uñas, puede producir afectación sistémica y suele asociarse con otros desórdenes clínicos. Con frecuencia afecta la calidad de vida y requiere un tratamiento prolongado, lo que trae aparejado un alto impacto psicológico, social y económico.

Clínicamente se caracteriza por la presencia en la piel de placas eritematosas bien definidas, escamosas y de bordes irregulares. Aunque puede afectar las extremidades afecta de manera preferente regiones como los codos, las rodillas, el cuero cabelludo y el tronco.

La psoriasis es una condición compleja que se produce como consecuencia de la combinación de factores genéticos predisponentes, mecanismos inmunológicos y factores medioambientales desencadenantes. Los tratamientos usuales para la enfermedad alivian los síntomas, pero no logran su curación.

La psoriasis se caracteriza por la presencia de placas eritematosas bien definidas, escamosas y de bordes irregulares, que afectan fundamentalmente las regiones de los codos, las rodillas, el cuero cabelludo y el tronco. La psoriasis es una enfermedad inmune, produce una amplificación de la respuesta inflamatoria que

conduce a las manifestaciones clínicas de la enfermedad. El tratamiento de la psoriasis incluye agentes antiinflamatorios tópicos, fototerapia, inmunosupresores sistémicos y agentes biológicos. La lesión primaria típica de la psoriasis es una placa eritro-escamosa como un correlato clínico de la inflamación y la hiperqueratosis, respectivamente. Aproximadamente 2 tercios de los pacientes presentan manifestaciones de prurito. En general, la psoriasis es una enfermedad crónica que cursa con períodos libres de enfermedad y agravamientos de aparición y duración muy variables.

El tipo clínico más frecuente, que afecta al 80 % - 90 % de los pacientes, es la psoriasis vulgar o psoriasis tipo-placa. Los sitios más frecuentemente afectados por las placas son el cuero cabelludo, las superficies extensoras de los codos y las rodillas, la región sacra, y la región perianal. En niños es frecuente la distribución de las lesiones en las regiones facial, genital y anal. Las lesiones pueden durar meses e incluso años, y en sucesivos brotes se van extendiendo al tórax y las extremidades.

De acuerdo con la severidad de las manifestaciones cutáneas, la psoriasis se clasifica en débil, moderada y severa. Para clasificarla se emplea comúnmente el índice de severidad PASI (del inglés psoriasis area and severity index), que se basa en el grado de eritema, infiltración, presencia de escamas y la extensión de la afectación de las 4 áreas corporales (cabeza, tronco, miembros superiores y miembros inferiores).

En la valoración de la severidad deben tenerse en cuenta, además, otros parámetros tales como el grado de respuesta al tratamiento inicial, la afectación de áreas visibles o de las áreas genitales, y la presencia o ausencia de síntomas que pueden requerir, en ocasiones, tratamiento sistémico. La psoriasis tiene un fuerte componente genético. La incidencia de la enfermedad es mayor entre los familiares de primer y segundo grado de consanguinidad de pacientes con psoriasis.

El tratamiento de la psoriasis incluye agentes antiinflamatorios y antiproliferativos tópicos, fototerapia, drogas inmunosupresoras sistémicas, y más recientemente, agentes biológicos dirigidos contra estructuras moleculares que intervienen en la patogenia de la enfermedad.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar cómo identificar y tratar los casos de psoriasis.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

1. Mrowietz U, Reich K. Psoriasis-new insights into pathogenesis and treatment. Dtsch Arztebl.
2. Murat I, Crowson CS, McEvoy MT, Dann FJ, Gabriel SE, Kremers HM. Trends in incidence of adult-onset psoriasis over three decades: A population based study. J Am Acad Dermatol.
3. Reddy M, Torres G, McCormick T, Marano C, Cooper K, Yeilding N, et al. Positive treatment effects of ustekinumab in psoriasis.
4. Eedy DJ, Burrows D, Bridges JM, Jones FG. Clearance of severe psoriasis after allogeneic bone marrow transplantation. Br Med J.

Capítulo 48

USO DE LA ANESTESIA LOCAL EN LA CIRUGÍA

ALBA RODRIGUEZ COYA

SANDRA ÁLVAREZ BARBON

1 Introducción

La presencia de enfermos de alto riesgo con necesidad de una intervención quirúrgica de urgencia es un grave problema. En estos casos, la anestesia local podría ser una alternativa. El aumento de la expectativa de vida ha incrementado la frecuencia de procedimientos quirúrgicos en el anciano, pacientes de riesgo preoperatorio, que depende de factores asociados al enfermo, la cirugía y la anestesia. El conocimiento y manejo de estos factores determina el resultado y la prevención de eventuales complicaciones.

Al envejecer, se adiciona el deterioro de la nutrición, cambios biológicos y psicosociales, enfermedades asociadas y terapéuticas que afectan la digestión, la absorción y el déficit de macro y micronutrientes. En este grupo se incluyen enfermos que sin ser ancianos poseen comorbilidades con la anestesia general y/o Regional pueden presentarse complicaciones en ocasiones fatales, incluso en personas sanas, los anestésicos aumentan el riesgo de complicaciones y secuelas secundarias por el estrés. Este estrés anestésico y quirúrgico es una agresión al organismo que produce cambios bioquímicos, funcionales y morfológicos general o particular a pesar de estos problemas, es peligroso posponer una intervención necesaria.

Las condiciones locales y generales empeoran al aumentar el riesgo de complicaciones, eso condiciona una actitud diagnóstico- terapéutica racional, eficaz, con riesgo aceptable, dirigida a curar, paliar o aliviar el sufrimiento. la morbilidad y la mortalidad, preoperatoria aumentan en relación del aumento de la comorbilidad del enfermo. EN 1941 la sociedad americana de anestesiólogos, adoptó un sistema de clasificación de estado físico del enfermo en seis categorías. Ésta no incluye variables quirúrgicas y se restringe características preoperatorias del paciente, refiere el riesgo operatorio al estado físico. La cirugía de emergencia aumenta el riesgo.

El uso de la anestesia local en la cirugía de urgencia en enfermos de alto riesgo es una opción eficaz, siempre que se cumplan con una adecuada selección de los pacientes, de la enfermedad y de la técnica quirúrgica.

Un anestésico local adormece el área tratada y bloquea o reduce el dolor y la sensación. La anestesia local bloquea las señales eléctricas que transfieren la sensación de dolor desde los nervios sensoriales hasta el cerebro. Solamente afecta la sensación alrededor del área tratada, no afecta la memoria o la capacidad de un paciente para respirar.

Los médicos utilizan anestesia local solo para procedimientos cortos, cuando el paciente está tranquilo y puede tolerar el malestar. También podrían utilizar otros medicamentos que pueden afectar la memoria, la ansiedad, y la sensación de dolor en áreas diferentes a la del área de tratamiento.

Los anestésicos locales también se pueden aplicar en la piel, aplicación tópica, por debajo de la piel, subcutánea y regionalmente. Podríamos también decir que la anestesia es un estado reversible producido por fármacos, caracterizado por la ausencia de cualquier tipo de percepción sensorial, ya sea dolorosa o no. La anestesia interviene básicamente la función de un tipo de neuronas, las responsables de la conciencia, la percepción del dolor o del movimiento, tanto en el cerebro como en los nervios periféricos, disminuyendo o anulando temporalmente sus funciones.

2 Objetivos

Conocer aspectos básicos de la anestesia.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura existente, configurándose como un estudio de tipo documental. La elaboración de la revisión bibliográfica se ha realizado por medio de búsquedas en las bases de datos y google académico. Para la realización de la búsqueda se utilizó las siguientes palabras claves: anestesia, cirugía.

4 Resultados

La anestesia es un procedimiento por el cual impedimos la percepción y los efectos nocivos de una cirugía, un procedimiento médico o una exploración dolorosa o incómoda. Existen diferentes maneras de evitar que el paciente perciba el procedimiento que se va a realizar y, dependiendo de éste, así como del propio individuo, se administra un tipo de anestesia u otro, pudiendo ser tópica, local, regional o general, según afecte a una parte pequeña del cuerpo o a todo él.

Asimismo, también existen diferentes tipos de anestesia según sea necesario dormir o no al paciente. La anestesia general se emplea para bloquear la conciencia y controlar las funciones cardíacas, respiratorias y paralizar los músculos, así como el sistema neurovegetativo que controla la tensión, la glucemia, etc. Se utiliza para cirugías mayores.

La anestesia interviene básicamente la función de un tipo de neuronas, las responsables de la conciencia, la percepción del dolor o movimiento, tanto en el cerebro como en los nervios periféricos, disminuyendo o anulando temporalmente sus funciones. Es un procedimiento seguro y administrado por profesionales muy cualificados por lo que no es común que existan complicaciones. Los problemas pueden producirse por administrar menos cantidad y que el paciente sufra mientras es operado, o de más y que la recuperación lleve más tiempo o necesite de instrumentos de soporte complementarios.

5 Discusión-Conclusión

Habitualmente, los fármacos que utilizamos para la anestesia son anestésicos de corta duración de forma continua, así que solo es necesario dejar de administrarlos para que el paciente se recupere. Sin embargo, también pueden emplearse antagonistas, fármacos que actúan en los mismos receptores que los anestésicos, por ejemplo, esas neuronas, desplazan al fármaco anestésico y que facilitan que éste deje de actuar para que el paciente se despierte.

Debemos facilitar toda nuestra información clínica: si hemos tenido enfermedades, si tomamos medicamentos, si nos han operado antes, si somos propensos al frío, al calor, a los mareos, si tenemos alergias aunque no sean a medicamentos…toda esa información puede ser relevante para evitar riesgos.

6 Bibliografía

- https://www.quironsalud.es
- https://www.radiologyinfo.org
- https://wwwelsevier.es

Capítulo 49

LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

AIQUE ALONSO RODRÍGUEZ

MARIA JOSE LODOS GANDARA

1 Introducción

Las infecciones son producidas por agentes vivos (bacterias, virus, parásitos y hongos) que viven en las personas y animales provocándoles una infección que puede acabar en una enfermedad.

Los procesos básicos esenciales para conseguir destruir la cadena epidemiológica de la infección son: la limpieza, desinfección y posterior esterilización. El agente patógeno, huésped o reservorio (reservorio es donde vive y se multiplica el agente etiológico, puede ser una persona un animal, una sustancia orgánica, es decir el hábitat natural de un agente infeccioso) e incluso el ambiente hospitalario, son los tres factores responsables de la infección nosocomial u hospitalaria, la cual en la mayoría de los casos es de origen endógeno.

2 Objetivos

-Analizar las causas desencadenantes de la infección.
-Determinar las pautas a seguir por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la limpieza y desinfección del material de uso hospitalario.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de diferentes artículos de interés sobre el tema en diferentes bases de datos como Cuiden, Dialnet, PubMed, Scielo y ScienceDirect y buscadores: Google Académico. Descriptores: infección, cadena epidemiológica, agente patógeno, huésped, ambiente hospitalario, limpieza, desinfección y esterilización.

Se ha registrado una búsqueda en español, aplicando un filtro temporal acotando búsqueda a los últimos 10 años (2020-2010). La cadena epidemiológica y su importancia en el estudio de las enfermedades infecciosas y se han seleccionado 9 artículos y 3 versiones.

4 Resultados

Los TCAES de los servicios de esterilización tienen una formación específica para manipular el material desinfectado para un uso adecuado evitando riesgos que provoquen accidentes y complicaciones a los pacientes y al personal que los tiene que utilizar. Como conceptos básicos vamos a señalar:
-Descontaminación: procedimiento para minimizar la presencia de microorganismos sobre los objetos contaminados para un manejo seguro a personas o superficies.
-Limpieza: eliminación física por arrastre de la materia orgánica que puedan tener los objetos a limpiar.
-Desinfectante: sustancia química que interviene en la destrucción de los microorganismos sobre material inerte.
-Antiséptico: sustancia química que se usa de forma tópica sobre tejidos como puede ser piel intacta o mucosas, heridas, etc.

Los profesionales sanitarios siempre están intentando prevenir infecciones, sin embargo las infecciones intrahospitalarias siguen siendo el principal problema de Salud Pública, por eso se le da tanta importancia, el aplicar unos protocolos con el fin de minimizarlas desde la base de la prevención. La desinfección es

una técnica de saneamiento que persigue destruir agentes patógenos que puedan estar presentes en personas, objetos (fómites) o en superficies. La esterilización ya utiliza procedimientos fisicoquímicos dependiendo del método utilizado, con el fin de destruir toda forma de vida microbiana tanto de patógenos, saprófitos y sus formas de resistencia (las esporas). Esta técnica sólo se aplica a objetos inanimados. La Asepsia es la ausencia total de microorganismos patógenos. Es un procedimiento destinado a impedir que se infecte un medio aséptico como puede ser el uso de material estéril a la hora de realizar una cura de herida limpia.

En cuanto a técnicas generales de empleo de los desinfectantes podemos destacar: Inmersión, loción, vaporización, fumigación, pulverización y brumas o aerosoles. A la hora de utilizar los desinfectantes hay una serie de recomendaciones a tener en cuenta. El TCAE tiene que limpiar el material después de su uso con detergente adecuado en cada caso, lo antes posible para así evitar que los restos de materia orgánica, sangre, tejidos etc., se sequen y se adhieran al instrumental a desinfectar, usar agua caliente para materiales difíciles de acceder a su desinfección y limpieza. Se aconseja el uso de detergentes enzimáticos y cepillos adecuados al tipo de material. Manipular con guantes no estériles, preparar la solución desinfectante según la concentración indicada por el fabricante. Después del lavado y aclarado debemos sumergirlo en solución desinfectante para que llegue tanto a sus superficies internas como externas. Para material de riesgo debe permanecer en la solución entre 20'-30' en una desinfección de alto nivel y unos 10' para la de bajo nivel.

5 Discusión-Conclusión

Una de las medidas más importantes para la disminución de la contaminación microbiana ambiental es que el personal sanitario cumpla con los protocolos de higiene adecuados en cada caso. El lavado de manos es el método más efectivo y debe realizarse retirando anillos, pulseras, uñas cortas y sin esmaltes. Realizándose al entrar y salir del trabajo, al entrar en contacto con material contaminado aunque se hayan usado guantes, antes y después de preparar instrumental, comer beber o ir al baño y después de retirar los guantes y al pasar de un área a otra. Hay riesgos laborales evidentes en los equipos de salud que trabajan en un centro hospitalario y sobre todo en los servicios de esterilización. Los riesgos más comunes son de tipo físico, químico, biológico y ergonómico.

6 Bibliografía

1. Luis Eduardo Garzón. Guías para la prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias.
2. Uso de desinfectantes.http://www.saludcapital.gov.co

Capítulo 50

FACTORES QUE PROPICIAN LA APARICIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)

MARIA DEL ACEBO RODRÌGUEZ FERNÀNDEZ

COVADONGA URÍA BERMÚDEZ

PILAR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones de origen isquémico que afectan a la piel y a sus tejidos adyacentes. Su aparición se puede prevenir gracias al desarrollo de un plan de cuidados adecuado e individualizado. Para ello han de tenerse en cuenta diversos factores que propician la aparición de dicha afección cutánea.

2 Objetivos

Determinar cuáles son los diversos factores que propician la aparición de las úlceras por presión (UPP).

3 Metodología

Revisión bibliográfica de diversos artículos relacionados con el tema a tratar, donde la fuente de información principal ha sido: prevalencia y factores de riesgo

de úlceras por presión, Atención Primaria y Elsevier. Las palabras clave introducidas han sido: úlceras, UPP, prevención, calidad asistencial y factores influyentes.

4 Resultados

La denominación de estas lesiones úlceras por presión viene determinado por la causa que ocasiona su aparición. La pérdida cutánea se debe a la presión continuada o a la fricción que se establece entre dos planos duros: las protuberancias óseas (lugares más frecuentes de aparición) y la superficie sobre la cual se ejerce la presión. La presión prolongada en el tiempo conlleva un colapso capilar en la zona afectada, pudiendo derivar en necrosis tisular.

Las UPP son de etología multifactorial, es decir, existen diversos factores de diferente índole que propician su aparición. Entre ellos destacan: las fuerzas mecánicas, la humedad o diversos aspectos intrínsecos del paciente.

En cuanto a las fuerzas mecánicas se refiere, es muy frecuente que los pacientes se vean sometidos a la fuerza de fricción y/o de cizallamiento. Los roces ocasionados con sábanas y superficies rugosas (fricción) y los movimientos y arrastres (cizallamiento) han de ser evitados en la medida de lo posible.

La humedad, ocasionada por la incontinencia y el exceso de exudado, es otro factor que ha de tenerse en consideración, en cuanto a su prevención se refiere. La maceración que conlleva el exceso de humedad produce la disminución de la resistencia de la piel, favoreciendo su deterioro.

El estado de salud del paciente, sobre todo en personas encamadas o de edad muy avanzada, afecta a su capacidad motriz. La disminución de la movilidad afecta gravemente a la continuidad de la piel.

Aunque existen protocolos de actuación para prevenir la aparición de las UPP, la prevalencia de estas oscila entre el 12,9 y el 29%. Como medida de prevención se han de llevar a cabo protocolos más exhaustivos basados en la promoción de medidas asistenciales que se basen en los cuidados integrales del paciente. Para ello tanto el paciente, los familiares o cuidadores y el personal sanitario han de involucrarse en la aplicación de dichas medidas.

5 Discusión-Conclusión

Aunque no es posible la eliminación de los factores de riesgo que propician la aparición de las úlceras por presión, sí es posible llevar a cabo una serie de protocolos que regulen la actuación de cuidadores y profesionales sanitarios, minimizando así la prevalencia de dichas afecciones cutáneas. La identificación de los factores más influyentes y frecuentes es uno de los aspectos más importantes a la hora de elaborar dichos protocolos. Algunas medidas como, por ejemplo, los cambios posturales o el cambio frecuente de empapadores y pañales, previenen la pérdida de continuidad de la piel, minimizando la acción de la fricción, el cizallamiento y la humedad.

6 Bibliografía

1. Úlceras por presión: qué son y cómo prevenirlas. Centro para la Investigación y el Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
2. Factores de riesgo que influyen en la aparición de las úlceras por presión. Geriatricarea.
3. Prevalencia y factores de riesgo de úlceras por presión. Atención Primaria. Elsevier.

Capítulo 51

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: EL ESPIRÓMETRO DE INCENTIVO

AIDA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La fisioterapia respiratoria engloba una serie de procedimientos que tienen como finalidad ayudar al paciente a eliminar las secreciones respiratorias, pues su estancamiento puede llegar a comprometer la ventilación del paciente provocando una insuficiencia respiratoria.

2 Objetivos

Conocer en qué consiste el espirómetro de incentivo como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y en que casos es de utilidad para así ofrecer una mejor atención al paciente en el ámbito sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

El espirómetro de incentivo es un aparato que mide la profundidad de la espiración o la inspiración y que se utiliza en aquellos casos en los que al paciente le resulta difícil o doloroso realizar una inspiración profunda, con la finalidad de evitar complicaciones pulmonares y fortalecer también los músculos abdominales. Tienen la ventaja de que retroalimentan visualmente al paciente mientras este respira de forma profunda. Se llaman espirómetros o inspirómetros de incentivo según la fase de la respiración que estimulen.

La primera vez que use el espirómetro de incentivo deberá sacar de la bolsa el tubo flexible y la boquilla. Extienda el tubo y conéctelo a la salida ubicada en el lado derecho de la base. La boquilla se coloca en el otro extremo del tubo. El paciente estará en posición recta en una silla o en la cama, si se ha hecho una cirugía de tórax o abdomen le proporcionaremos una almohada para que la abrace y así sostenga la incisión para disminuir el dolor y evitar que se abra la herida.

Para usar el espirómetro de incentivo el paciente tiene que respirar por la boca ya que si respira por la nariz el espirómetro no va a funcionar de forma correcta, puede indicarle que se tape la nariz si le resulta más sencillo. Si el paciente se marea lo mejor es parar, tomar una pausa y después volver a retomar el ejercicio cuando se encuentre bien. Colocaremos la boquilla en la boca del paciente y le diremos que cierre los labios de manera firme a su alrededor y que inhale lentamente por la boca tan hondo como pueda, el pistón se elevará dentro de la columna y el indicador de la derecha se moverá hacia arriba debiendo permanecer entre las 2 flechas y le diremos que aguante la respiración el tiempo que pueda, repitiendo este proceso unas 10 veces.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido como funciona un espirómetro de incentivo, como es y en que casos está indicado, así como su finalidad para así ofrecer toda la información necesaria al paciente sobre su uso.

6 Bibliografía

1. Cómo utilizar el espirómetro de incentivo. 31 agosto 2019- Memorial Sloan Kettering Cancer Center- disponible en https://www.google.com

2. Guía Mosby de Habilidades Y Procedimientos En Enfermería- Anne Griffin Perry, RN Edd Faan, Patricia A Potter, RN Msn PhD Faan- año 2016- disponible en https://books.google.es

Capítulo 52

DETECCIÓN DE UN ICTUS Y SUS SÍNTOMAS

MONTSERRAT GARCÍA MARTINEZ

1 Introducción

El ictus es conocido también como accidente cerebrovascular (ACV), una enfermedad que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. La consecuencia es que las células nerviosas del área afectada no reciben oxígeno y los síntomas comienzan a aparecer unos 10 segundos después de que se altere el riego sanguíneo. Los síntomas más frecuentes son:
-Perdida de la sensibilidad de uno de los lados de la cara.
-Dificultad para expresarse.
-Dificultad para caminar.
-Perdida de equilibrio o coordinacion.
-Perdida de visión o visión borrosa.

2 Objetivos

-Detectar y prevenir un ictus, ya que es la tercera causa de muerte en el mundo.
-Reconocer los síntomas de un ictus.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión y búsqueda sistemática de libros y también se ha consultado artículos en las principales bases de datos: Scielo, Cuidateplus y Med-

line, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Un ictus no se puede predecir cuando puede aparecer, pero hay factores que podemos cambiar y corregir:
-Llevar una dieta saludable.
-Realizar ejercicio habitualmente.
-No fumar.
-Moderación del consumo del alcohol.
-Tensión regular.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión de otras publicaciones podemos llegar a la conclusión de que los cambios de algunos comportamientos de la vida diaria pueden ayudar a prevenir los ictus, pero para ello tenemos que reconocer bien los síntomas para poder recibir la ayuda necesaria sabiendo cual es el problema, diagnosticarlo y así tratarlo a tiempo por el personal sanitario.

6 Bibliografía

1. www.scielo.org
2. www.cuidateplus.com
3. www.medlineplus.gov

Capítulo 53

COLOCACIÓN Y FACTORES DE RIESGO EN UN SONDAJE VESICAL

MONTSERRAT GARCÍA MARTINEZ

1 Introducción

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción aséptica de una sonda desde el meato uretral hasta la vejiga urinaria. La colocación de una sonda vesical persigue varios fines diagnósticos y terapéuticos. Al tratarse de una técnica estéril, la deberían realizar conjuntamente el enfermero/a y el auxiliar de enfermería.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Mostrar la colocación y factores de riesgo en una sonda vesical.

Objetivos secundarios:
-Determinar los diferentes factores de riesgo a tener en cuenta en un sondaje vesical.
-Facilitar la salida al exterior de la orina en casos de retención.
-Controlar la diuresis.
-Tratar intra y postoperatorio de algunas intervenciones quirúrgicas.
-Mantener una higiene adecuada en el caso de escaras genitales.
-Mantener un tratamiento crónico en aquellos pacientes que no vacían espontáneamente la vejiga.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando colocamos una sonda vesical tenemos que tener en cuenta los diferentes factores de riesgo en la colocación de una sonda vesical, ante las cuales los facultativos deben actuar de forma correcta. Se puede dar el caso que al introducción, no se forzará la entrada ya que podríamos producir daños, se probará con una sonda de menor calibre. Para facilitar el sondaje el paciente debe de estar lo más relajado posible, ya que puede facilitar el éxito del sondaje. Tenemos que procurar una sepsis absoluta, y así no provocar una posible infección de orina al paciente. Hay que mantener la sonda permeable y evitar la obstrucción.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, tras realizar las consultas pertinentes en varios materiales bibliográficos podemos concluir que, para una buena colocación de la una sonda vesical, es imprescindible la formación del profesional y poder transmitir al paciente seguridad y con fianza para realizar la técnica de manera adecuada y sin ningún tipo de complicación.

6 Bibliografía

1. www.medlineplus.gov
2. www.pubmed.gov
3. www.scielo.org

Capítulo 54

LA FUNCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE TOCOLOGÍA

COVADONGA URÍA BERMÚDEZ

PILAR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

MARIA DEL ACEBO RODRÌGUEZ FERNÀNDEZ

1 Introducción

Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) son de diversa índole. Aunque muchas de dichas funciones son comunes en todos los Servicios, algunos son específicos de ciertos departamentos debido a las características diferenciadoras de los pacientes que precisan de asistencia sanitaria. Uno de dichos servicios es el de tocología, donde el TCAE es un profesional sanitario de gran importancia.

2 Objetivos

Determinar cuáles son las principales funciones del TCAE en el Servicio de Tocología.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de diversos artículos y documentos relacionados con el tema a tratar, donde la fuente de información principal ha sido el SNS (Sistema Nacional de Salud). Las palabras clave empleadas han sido: funciones, cuidados, tocología y TCAE.

4 Resultados

El TCAE facilita las funciones del médico y de las enfermeras en los servicios a los que es asignado. Algunos de estos servicios son de atención especializada, como el de tocología. Algunas de las funciones vinculadas al TCAE en dicho servicio son:
-Colabora con el personal Titulado en la atención a las pacientes.
-Colaborar con las embarazadas al vestirse, desvestirse y asearse.
-Preparar el material y el instrumental preciso en las salas de parto, dilatación y posparto.
-Cambiar las camas de las salas de dilatación, cuando sea preciso.
-Colaborar en la colocación y traslado de la mujer parturienta.
-Acompañar a las pacientes y recién nacidos a los Servicios y plantas que les sean asignados.
-Colocación de cuñas, así como la retirada y limpieza de estas.
-Colaborar en la administración de medicamentos por vía oral o rectal, exceptuando la vía parenteral.
-Colaborar con la matrona y/o ginecóloga en el sondaje de la paciente.
-Realizar el rasurado de la zona genital y la aplicación de enemas en caso de que haya sido dispuesto en plan de partos de la paciente.
-Preparación del instrumental para su entrega en el Servicio de Esterilización, consistente en su recogida, limpieza y secado.
-Colaborar en la limpieza y desinfección de la aparotología.
-En general, todas aquellas acciones que faciliten las funciones del Ginecólogo, Matrona o ATS.

Todas estas funciones son de gran importancia, sin embargo, la función más importante en el proceso asistencial a la paciente es la adopción de una actitud empática y asertiva. También se han de tener en cuenta ciertas funciones que nunca han de ser llevadas a cabo por el auxiliar de enfermería, como, por ejemplo, administrar medicamentos por vía parenteral, aplicar tratamientos curativos

no medicamentosos o ayudar al médico a realizar intervenciones quirúrgicas. Es decir, funciones de competencia del resto del personal titulado.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE facilita las funciones del médico y de las enfermeras en los servicios a los que es asignado. Algunos de estos servicios son de atención especializada, como el de tocología. Las funciones que lleva a cabo oscilan desde la atención y preparación de la paciente hasta la preparación y disposición de instrumental y aparotología. El TCAE, al igual que el resto de personal sanitario, ha de adoptar una actitud empática y asertiva.

6 Bibliografía

1. Funciones de los Auxiliares de Enfermería en los diferentes Servicios y Departamentos. SNS (Sistema Nacional de Salud).
2. Funciones del TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. OCRONOS. Revista Médica y de Enfermería.
3. La importancia del TCAE en el Servicio de Tocología. Revista Médica Electrónica Portales Médicos.

Capítulo 55

LA ALIMENTACIÓN EN LAS DISTINTAS ETAPAS DE LA VIDA

VERÓNICA BARRIENTOS MÁRQUEZ

1 Introducción

Es bueno saber que nuestra alimentación debe adaptarse a cada etapa de nuestra vida, para favorecer un buen desarrollo físico , mental y buena calidad de vida. Las necesidades de macronutrientes y micronutrientes van cambiando a lo largo de la vida, para hacer frente a los nutrientes que se necesitan en cada etapa del ciclo vital.

1. Etapa de la primea infancia:
Cuando nacemos necesitamos de muchas calorías y el alimento principal en los primeros meses de vida es la leche materna. Un bebé necesita 120 calorías por kilo de peso durante los tres primeros meses y va disminuyendo a 105 calorías por kilo de peso entre los nueve y once meses. Durante el primer año la composición de la dieta cambia e incorporamos nuevos alimentos (carne, pescado, huevos, cereales, verduras, frutas y lácteos), y también cambia la cantidad de ingestas diarias. La dieta en esta etapa debe ser rica en alimentos naturales y nutritivos.

2. Etapa de la edad preescolar:
Esta etapa es importantísima para que el niño aprenda los hábitos alimentarios correctos y coma de todo, se deben evitar los dulces, ya que es mejor que se acostumbre al dulzor de la fruta o al sabor salado del pescado.

3. Etapa de la edad escolar:

Es una etapa en la que el niño se desarrolla intelectualmente y físicamente, por lo que deberá comer cinco veces al día. Se dará mucha importancia al desayuno , que consistirá en lácteos, cereales y fruta. En las comidas tendremos presentes alimentos como verduras, arroz, legumbre, pescado, carne, pasta, huevos y frutas, y también alimentos ricos en fibra. Es más importante la calidad de los que comemos que la cantidad. Otro momento importante es la merienda, para que el niño tenga energía durante la tarde, los frutos secos y la fruta son alimentos recomendados a esa hora.

4. Etapa adulta:
Es la etapa en la que una dieta equilibrada y una buena actividad física nos darán una calidad de vida evitando patologías como la diabetes, hipertensión, obesidad, colesterol, etc. Se mantendrá el peso adecuado con la cantidad de kilocalorías que necesita el organismo. Los lípidos y grasas aportarán el 25-30% de nuestra dieta, los hidratos de carbono el 55-60% y del 5-10% las grasas poliinsaturadas. La ingestión de agua diaria será de un litro y medio aproximadamente. La alimentación dependerá de la edad, la complexión física y del tipo de vida de cada persona. Es bueno respetar los horarios de las comidas y hacer tres ingestas principales y dos tentempiés. Las mujeres durante el embarazo es importante que lleven una alimentación más variada y nutritiva para cubrir las necesidades de ácido fólico , hierro, yodo, proteínas, calcio y omega 3.

5. Etapa de la tercera edad:
Es una etapa en la que está presente el deterioro cognitivo y físico por lo que se necesitan menos nutrientes ya que el gasto energético es menor. Se deben comer alimentos que se digieran bien, evitar alimentos muy calóricos, disminuir la sal y aumentar el consumo de verduras. Es importante la hidratación ya que a estas edades desaparecerá la sensación de sed, y así se evitarán las deshidrataciones (con un litro sería suficiente).

2 Objetivos

Resaltar la importancia de una alimentación adecuada a las diferentes etapas de la vida.

3 Metodología

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

4 Resultados

El resultado de una buena alimentación es tener más energía, salud física y mental. Dejaremos al lado alimentos con alto contenido en azúcar, grasas saturadas y sodio. Con una buena calidad en la alimentación tu cerebro tendrá mayor productividad y evitaremos enfermedades como el Alzheimer o la demencia. Los alimentos rico en proteínas moderan el nivel de cortisol que es la hormona del estrés. Se reducirá también el riesgo de enfermedades crónicas como el cáncer, la diabetes, la obesidad y las enfermedades del corazón. Una buena alimentación comiendo frutas y verduras ricas en antioxidantes, mejora la salud de la piel y previene el envejecimiento prematuro, como también es imprescindible no saltarnos ninguna comida.

5 Discusión-Conclusión

Con una buena alimentación en cada etapa de nuestro ciclo vital prevenimos enfermedades crónicas. Lo que parece sencillo como es una dieta equilibrada, a veces bien por economía, por trabajo o simplemente porque nos apetece comer algo con alto nivel de grasas en determinados momentos de la vida, no se realiza todo lo correctamente que se debería. Una dieta adecuada a nuestras condiciones nos dará una buena salud y calidad de vida.

6 Bibliografía

1. Nutrición, Zhn59 may-jun 2016 en Navarra. Pubmed y Cochrane library plus en Español. Documentos de consenso y guías clínicas norteamericanas. Dr. José Felix Meco, especialista en medicina interna (médico consultor de advance medical).

2. Deborah Blasco, enfermera especialista en nutrición en advance medical.
3. Anderson J. 10 benefits of healthy eating 2015.
4. Axe J. 8 health benefits of eating healthy 2016.
6. Harper S. 10 benefits of eating healthy 2010.
7. Hinkle- Brown D. Access to healthy food improves health, bring economic benefits 2014.
8. Rampersaud G, Pereira M, Girard B, Adams J, Metzl J. breakfast habits, nutritional status, body weight and academic performance in children and adolescents 2005. Journal of the american dietetic association.
9. Robinson L, Segal J, Segal R. healthy eating 2017.

Capítulo 56

CÓMO PREVENIR UNA ÚLCERA POR PRESIÓN

MONTSERRAT GARCÍA MARTINEZ

1 Introducción

Una úlcera por presión (UPP) conlleva la destrucción de tejido, el cual ocurre cuando se restringe la circulación sanguínea sobre un plano o prominencia ósea, debido a presión excesiva o prolongada por una superficie externa y un plano óseo y cartilaginoso. La lesión afecta a todas las capas de la piel y músculo, incluso puede llegar a afectar articulaciones y huesos.

2 Objetivos

Reconocer una úlcera por presión, cómo prevenirlas y cómo tratarlas.

3 Metodología

Se a realizado una revisión y búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Medline, Scielo y Cuidateplus, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Es posible aplicar ciertas medidas en el ámbito de la enfermería para prevenir la aparición de UPP y tratarlas si ya se han producido. Estas medidas son:

-Utilizar productos típicos específicos para la piel.
-Cambiar de posición al paciente encamado.
-Utilizar superficies de alivio de presión.
-Cambiar de posición al paciente inmóvil sentado.
-Elevar el cabecero de la cama lo mínimo posible.
-Utilizar una almohada para liberar los talones de presión.
-Implicar a los familiares del paciente en los cuidados para la prevención de las UPP.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión de otras publicaciones podemos llegar a la conclusión del que el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es fundamental en la prevención y tratamiento de las UPP, ya que las principales medidas de prevención en el ámbito hospitalario recae sobre este sector sanitario. Por otro lado, las familias deben conocer esta medidas y participar activamente en el cuidado de sus familiares.

6 Bibliografía

1. www.cuidateplus.com
2. www.medlineplus.gov
3. www.scielo.org

Capítulo 57

IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MONTSERRAT GARCÍA MARTINEZ

1 Introducción

Las infecciones relacionadas con los cuidados sanitarios representan un importante problema de salud pública, y se consideran un indicador de calidad hospitalaria por su correspondiente coste y la mortalidad atribuible. Por ello, la higiene de manos es la medida más importante para prevenir la infección nosocomial, y uno de los pilares básicos de los programas de prevención y control de las infecciones hospitalarias.

2 Objetivos

Valorar la importancia de realizar un adecuado lavado de manos en el ámbito hospitalario y los pasos a seguir.

3 Metodología

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

4 Resultados

Aunque existen varios tipos de lavado de manos, en este trabajo nos referiremos al lavado higiénico, que debe realizarse antes y después del contacto con cada paciente y después del contacto con alguna fuente de microorganismos. De esta manera evitaremos transmitir diferentes patógenos de un paciente a otro, así cómo proteger al resto del personal sanitario. El lavado de manos se debe realizar:
-Mojarse las manos con abundante agua.
-Aplicar jabón para cubrir toda la mano.
-Frotar las palmas entre sí.
-Frotar la palma de la mano derecha con el dorso de la mano izquierda entre lazando los dedos y viceversa.
-Rodeando el pulgar izquierdo con la mano derecha frotarlo con un movimiento de rotación y viceversa.
-Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la mano izquierda haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
-Enjuagar las manos.
-Secarlas con una toalla de un solo uso.
-Utilizar la toalla para cerrar el grifo.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión de otras publicaciones podemos llegar a la conclusión de que el lavado de manos es el método más fácil, rápido y económico para evitar enfermedades causadas, sobre todo, por bacterias, virus y parásitos. Por ello es necesario hacer de este, más que un hábito, una necesidad constante. Padecer o no una enfermedad está a un simple lavado de manos de distancia.

6 Bibliografía

1. www.scielo.org
2. www.medlineplus.gov
3. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/

Capítulo 58

HUMANIZACIÓN EN EL TRATO CON EL PACIENTE (PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO). LA HOSPITALIZACIÓN

ARACELI COSMEN ÁLVAREZ

MARIA LUISA ALONSO RODRIGUEZ

MARIA DEL CARMEN ALONSO COMBARRO

HILDA CUERVO MENENDEZ

1 Introducción

En el entorno sanitario se desarrollan multitud de tareas, básicamente administrativas y sanitarias de diverso tipo. La humanización en el trato en todos estos servicios es fundamental, pues el usuario o paciente llega a un entorno nuevo, con unas necesidades y preocupaciones que le van a resultar más llevaderas si el personal que le atiende, además de correcto se presenta como un profesional humano, atento, empático, etc.

En el momento que el paciente toma contacto con el servicio de salud, el profesional sanitario debe de realizar la acogida, presentándose como la persona que va a ayudarle a solucionar su problema de salud. El profesional intentará orientarle para que sea consciente de dónde se encuentra, la razón y qué es lo

que se pretende, lo que servirá como base de la relación de ayuda. La hospitalización representa para la persona un desafío a su capacidad de adaptación, ya que cuando es ingresado se encuentra en un medio desconocido en el que debe intentar integrarse.

Se llama hospitalismo al conjunto de consecuencias físicas y psicológicas de la hospitalización en los pacientes. Se manifiesta mediante regresión social y cambios en la personalidad y es el resultado de la privación de las relaciones afectivas y familiares que sufren las personas en el hospital.

2 Objetivos

-Ser consciente de la importancia del trato humano con el usuario/paciente.
-Conocer las principales necesidades y problemas psicológicos que presentan los pacientes hospitalizados, como parte de su proceso de tratamiento y recuperación.
-Ayudar al paciente a adaptarse a la nueva situación promoviendo también su autocuidado e independencia.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en las bases de datos Cuiden, Dialnet y Pubmed y artículos científicos publicados, utilizando las palabras clave: hospitalización, ingreso, paciente, humanización, empatía y hospitalismo.

4 Resultados

La hospitalización supondrá un cambio en la vida del paciente y lo someterá a unas circunstancias que enumeramos a continuación:
1. Aclimatación al nuevo entorno y pérdida de independencia.
La habitación es el espacio en el que se desarrollarán la mayoría de sus actividades durante el tiempo que se encuentre en el hospital, a su vez, deberá asumir las normas de la organización hospitalaria y comienza la dependencia del personal sanitario, la rutina hospitalaria le obliga a cambiar su estilo de vida y a perder el control sobre sus actividades habituales.
2. Pérdida de intimidad y abandono de sus roles habituales.
Las exploraciones físicas o el aseo que exponen algunas partes íntimas del cuerpo del paciente a personas ajenas a su entorno privado. La obligación de compartir

habitación con otro paciente, un extraño con quien debe convivir forzosamente durante el tiempo que dure el ingreso o la necesidad de responder a preguntas que pertenecen a la esfera más íntima de sus emociones, sentimientos o hábitos, que a veces son desconocidos para los familiares más allegados. Cualquiera de estas situaciones puede generar en el paciente sentimientos de vergüenza e inseguridad en la relación con el personal que lo atiende y convertir su estancia en el hospital más incómoda y desagradable. Y el alejamiento del ambiente familiar y laboral origina en el paciente un aislamiento y una pérdida de los apoyos sociales directos, que tienen una transcendencia fundamental en su estabilidad emocional durante todo el proceso de la enfermedad.

3. Falta de identidad.

Con el ingreso el paciente sufre una despersonalización, se le despoja de sus ropas y se le proporciona un pijama estándar, se prescinde de su dimensión personal, descartando sus sentimientos y valores identificándolo sólo por sus rasgos externos, se omite el calor humano en la relación sanitario-paciente por la necesidad del profesional de mantener una distancia afectiva con el paciente.

4. Información deficiente.

A veces, el paciente no obtiene las explicaciones suficientes sobre su propio estado, su evolución o el tipo de exploraciones a las que va a ser sometido, posibles complicaciones, etc., por otro lado está el lenguaje técnico por parte del personal sanitario que es de difícil comprensión.

Los profesionales sanitarios en la relación con el paciente debemos:

-Tratar al paciente como un individuo único, respetarlo y promover su autoestima.

-Establecer la relación solo cuando el paciente la solicite.

-Ayudar al paciente a expresar sus sentimientos, debemos respetar las reglas de comunicación, mostrando respeto y confianza, escuchando activamente y tratando comprender con empatía.

-Personalizar la relación de ayuda.

-Mostrarse disponible, como alguien a quien poder recurrir para pedir ayuda.

-Enfrentar al paciente a la realidad.

-Proporcionar la información necesaria para que el paciente pueda resolver sus problemas.

-Favorecer la búsqueda de métodos para solucionar los problemas.

-Intentar reducir la ansiedad del paciente.

-Reforzar los logros del paciente.

-Favorecer la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

-Promover la actitud optimista y la esperanza.

5 Discusión-Conclusión

Cuando un usuario o paciente se acerca a los servicios de salud es muy importante dar una respuesta adecuada a su necesidad. La información tanto a nivel de servicios, consultas o sanitaria es un aspecto fundamental, pero no todas las personas requieren la misma cantidad y tipo de información, por lo que debe ser individualizada y adaptada a las necesidades de cada paciente.

Estudios recientes han demostrado que la sensación de control del paciente aumenta la capacidad para responder de forma adecuada a la enfermedad. Fanis (1977) demostró que pacientes con un grado moderado de temor frente al ingreso eran los más capaces de procesar mejor la información que recibían sobre su enfermedad y tenían más posibilidades de recuperación. Posteriormente diversos estudios han demostrado que los pacientes que son informados con antelación, tienen una sensación mayor de control y son capaces de tomar decisiones correctas, lo que mejorará los resultados.

Durante la hospitalización los TCAE y los celadores somos el personal que más tiempo pasa con el paciente hospitalizado, por lo que es muy importante estar atentos no sólo a la evolución de su estado físico: úlceras, estado de las vías, etc., sino también a su estado anímico, pudiendo detectar síntomas de depresión, dando en todo caso aviso a la enfermera para tomar las medidas oportunas.

6 Bibliografía

1. Marín, J R y Zurriaga, R. Estrés, enfermedad y hospitalización. 1997. Granada: EASP.
2. Remor, E. El psicólogo en el ámbito hospitalario. Eds. Pilar Arranz, and Sara Ulla. Desclee de Brouwer, 2003.
3. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. Ed. Editex.
4. htpp://www.logos.net.
5. htpp://www.scielo.iscciii.es

Capítulo 59

LOS CUIDADOS PALIATIVOS.INTERVENCIÓN DEL TCAE

TAMARA LÓPEZ ROMERO

VERÓNICA CRISTÓBAL LUCAS

MARIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

ELENA PARRADO

ÁNGELA GUINALDO BORGES

1 Introducción

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

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

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

tranquilidad.

Los tratamientos de analgesia serán de inmediata instauración, eliminando aquellos tratamientos anteriores que no sean necesarios y efectivos terapéuticamente y que no son trascendentes llegado un momento de este proceso (antihipertensivos, nefrológicos, corticoides, antitrombóticos, viales…). Mantener un tratamiento ineficaz daría paso a un encarnizamiento terapeútico, empeorando si cabe el bienestar del paciente.

Los síntomas de la fase agónica son fallo renal,estertores,dolor,disfagia. El paciente debe sentirse acompañado, cuidado y comprendido,respetando sus expectativas y deseos. Si éste ya no pudiera expresarse, será su familia quien tome las decisiones necesarias en su evolución.

2 Objetivos

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

3 Metodología

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

4 Resultados

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

El equipo auxiliar y enfermero proporcionan alivio y calidad de vida,además de calidad en el proceso agónico. Se manifiesta que la técnica de sedación controla la disnea grave y la agitación hiperactiva.

Se implementan cuidados básicos de suma relevancia: higiene personal, higiene oral, frescor, cambios posturales, sensibilización del equipo con charlas pautadas

alternativas con el conjunto familiar dando apoyo en todo momento, instauración de vías venosas, vía rectal y control de convulsiones con diazepam y del dolor con AINEs., vía transdérmica para parches opiáceos, vigilancia de las zonas de inserción de las VSC (eritema,inflamación), cambios del punto de inserción cada 5- 7 días.

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

5 Discusión-Conclusión

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

El equipo intervencionista debe estar formado para abordar todas las incidencias que se puedan presentar en el conjunto familia-paciente.

Los cuidados paliativos ni acortan ni alargan la vida. Estos cuidados se instauran para evitar el sufrimiento físico y moral del paciente que se ve sometido al final de su vida en una fase agónica indeterminada y la tarea de los sanitarios es proporcionarle bienestar y analgesia.

6 Bibliografía

- Bereavement.in: Doyle D,Hanks GW,Macdonald N,editors.Oxford text book of palliative medicine.2 nd ed.Oxford:Oxford University Press,1998.
- Bioética y cuidados paliativos en atención primaria.En: Benítez del Rosario MA,Salinas Martín A,editores.Aspectos de organización.Barcelona: Springer-Verlag Ibérica,2000.
- https://www.secpal.com
- Los tratamientos inútiles y el concepto de futilidad.Quadern CPAS 1995.

Capítulo 60

PAUTAS Y MANEJO DE LOS DRENAJES DIVERSOS EN HOSPITALIZACIÓN

TAMARA LÓPEZ ROMERO

VERÓNICA CRISTÓBAL LUCAS

MARIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

ELENA PARRADO

ÁNGELA GUINALDO BORGES

1 Introducción

Los drenajes son tubos u otros elementos que ayudan a evacuar líquidos o gases acumulados en zonas del organismo por diferentes motivos. Estos sistemas comunican la zona en la que está acumulado el líquido o el gas, con el exterior o con un sistema adecuado. Las sustancias pueden acumularse por diferentes motivos, como pueden ser traumatismos, abscesos o debido a una intervención quirúrgica para drenar el contenido residual. También se inserta un drenaje cuando un órgano, que, generalmente está lleno, como puede ser la vejiga, debe estar vacío para favorecer la cicatrización tras una intervención quirúrgica. Están indicados en:

-Abscesos: los drenajes evacuarán las sustancias acumuladas en estos abscesos evitando el cierre en falso de los mismos, dejando que se cierre por segunda intención para evitar reinfecciones. Cuando se suponga que la zona intervenida está infectada.

-Lesiones traumáticas: cuando se origina un traumatismo hay mucho líquido extravasado, por lo que es necesario la colocación de un drenaje.
-Pofilaxis de fug tras cirugía general: tras una cirugía siempre hay riesgo de fugas, por lo que se coloca un drenaje por si se producen. Esto indicará también si existe riesgo de hemorragias. Cuando no es segura la anastomosis de las vísceras, por su tamaño, presión, etc.
-Tras cirugía radical: cuando se realizan grandes resecciones, se pierde gran cantidad de líquido linfático y sangre, que no debe acumularse. Los drenajes son profilácticos o curativos, se colocan en intervenciones quirúrgicas para prevenir el acumulo de sustancias y valorar la presencia de hemorragia. Ayudan a evacuar todo el líquido que se acumula durante la intervención, evitando infecciones posteriores. También pueden ayudar a detectar fallos en la sutura. Se colocan cuando se detecta un acúmulo de sustancias en abscesos, hematomas, etc

Clasificación de los drenajes:
-Drenajes simples: los drenajes simples son aquellos en los que no se realiza ningún tipo de acción para favorecer la salida de la sustancia acumulada. Ésta sale por la presión que ejercen los órganos adyacentes sobre ella, por la fuerza de gravedad o por la capilaridad de los drenajes usados (drenajes filiformes, drenajes con gasas, drenajes con tiras de goma, drenajes con tuboe goma o polietileno).
-Drenajes mixtos: si se unen drenajes de diferente tipo, se favorece de las ventajas de cada uno de ellos (drenaje en el cigarrillo, drenaje de Corola o R. Finochietto, drenaje de Mikulicia y drenaje de Pasman).
-Drenaje de aspiración continua: en este caso, la fuerza utilizada para drenar toda la sustancia acumulada es continua. Todo el tiempo que permanezca el drenaje, la aspiración se estará realizando (drenajeRedon, drenaje de Saratoga y drenaje de Abramson).

Los drenajes favorecen la salida de líquido y/o material orgánico al exterior, La zona de implantación permite conocer y prever la cantidad y calidad del débito, así como adquirir el nombre según su localización,el motivo por el cual se ha implantado orienta sobre la frecuencia en la valoración y cuidados que hay que realizar, por ejemplo: drenaje de hematoma, sangre, pus, realizar lavados en una cavidad, etc. El tipo de drenaje,orienta sobre el material que hemos de utilizar al realizar los cuidados y los cambios del sistema colector, por ejemplo: apósito, aspiración, bolsa recolectora.El sistema de fijación,permite conocer de qué manera está fijado el drenaje: sutura, esparadrapo, sin fijación, etc.

El auxiliar es quien debe de preparar todo el material y al paciente para que

junto con la enfermera se pueda cambiar el drenaje, revisarlo y todo aquello que sea necesario para que se mantenga en las condiciones óptimas sanitarias que el paciente necesita para su pronta recuperación. Para ello el auxiliar se lavará las manos higiénicamente y colocará los guantes desechables para la preparación de todo el material (gasas estériles, torunda de gasas,dos pinzas estériles, pinza Kocher, antiséptico, solución isotónica, batea, riñonera, botella de vacío o aspirador, esparadrapo hipoalérgico o apósito adhesivo comercial. Informará al paciente de la técnica que se va a realizar y lo colocará en la posición adecuada, dependiendo de la localización del drenaje (decúbito supino, decúbito prono, sedestación). Comprobará el sistema de aspiración y su funcionamiento. El drenaje puede ir conectado a una botella de vacío o bien a un aspirador. El fuelle de la botella de vacío ha de estar retraído. Valorará la calidad y cantidad del líquido drenado. Si el receptáculo está lleno o el fuelle de la botella de vacío esté expandido, se tendrá que cambiar y medir. Si el drenado es denso, será preciso comprobar que el drenaje no está obstruido. Para cambiar el sistema colector deberá de pinzar el tubo de drenaje por encima de la conexión con una pinza Kocher, esto evita fugas de líquido mientras se realiza el cambio. Desconectará la botella de vacío o aspirador.Medirá la cantidad y valorará las características. Conectará una nueva botella de vacío al aspirador. Antes de conectar la botella de vacío, observará que la pinza está cerrada y el fuelle retraído y el aspirador estará parado. Retirará el Kocher y pondrá en marcha el aspirador, regulando el flujo de aspiración. El flujo de aspiración se ha de iniciar desde la presión mínima, aumentándolo lentamente hasta conseguir la aspiración deseada.

Cuidado del punto de inserción.
Colocará el material necesario en la batea. Reunir todo el material, evitará entradas y salidas de la habitación. Retirará el apósito suavemente, si es preciso, lo mojará y con la mano no dominante sujetará el tubo de drenaje, lo cual disminuye el dolor provocado al despegar la parte adhesiva. Colocará el apósito sucio en la riñonera,esto permite crear una zona sucia y diferenciarla de la limpia (batea). Valorará el estado de la piel adyacente al punto de fijación y el orificio del drenaje. Sujetará el tubo de drenaje con la mano no dominante. Limpiará la piel que rodea el orificio del drenaje con una torunda empapada en solución isotónica, realizando movimientos circulares. Utilizará diferentes torundas para cada pasada y las desechará en la riñonera, esto evita la contaminación. Secará la piel con una gasa estéril, mantener la piel seca evita la maceración de ésta debido a la humedad.Desinfectará el punto de inserción del drenaje, con la ayuda de unas pinzas y una torunda empapada en antiséptico. Colocará una gasa estéril doblada por debajo del tubo de drenaje y otra por encima. Si se corta la gasa podría soltar

hilos, que actuarían como un cuerpo extraño en la herida. Aplicará otra gasa y fijará el apósito con esparadrapo, o bien utilizará un apósito comercial. Dejará al paciente cómodo para proporcionarle el máximo bienestar. Colocará el timbre y lo que necesite a su alcance. Educará al paciente y familia para que: comunique inmediatamente si el apósito está manchado, aparece dolor o molestias o si el drenaje se desconecta. La importancia de evitar lesiones en el tubo de drenaje. Cómo moverse con el drenaje, etc.

2 Objetivos

Determinar las competencias del técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la asistencia a la colocación de drenajes y sus cuidados.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los pacientes portadores de este tipo de drenajes requieren una atención de enfermería constante. Conocer con detalle el manejo y el mantenimiento de estos dispositivos permite mejorar la calidad de los cuidados y disminuir así la incidencia de las complicaciones. Ofrecer unos buenos cuidados es responsabilidad directa del auxiliar y enfermería, por ello es importante actualizar los conocimientos sobre el manejo de estos drenajes, para saber identificar, evaluar y responder con eficacia ante cualquier suceso que pueda suponer un riesgo para el paciente.información al paciente, sobre los cuidados y recomendaciones básicas a tener en cuenta durante el tiempo que porte en drenaje:

-Manipular siempre el drenaje con las manos lavadas, desinfectadas y con guantes.Realizar cura diaria de la zona de inserción del sondaje y valorar signos de infección, filtración de exudado o hemorragias.

-Cambiar las gasas de los drenajes diariamente, o siempre que el exudado manche el apósito exterior. No realizar tracciones bruscas que puedan extraer de forma accidental el drenaje.
-Anotar y valorar cantidad de exudado, apariencia (seroso, serohemático, purulento, hemático, bilioso, fecaloide) color, olor, sólidos encontrados y número de veces que realizamos el vaciamiento del colector.
-Comprobar que el drenaje no ha sido extraído accidentalmente y que no se ha producido ninguna desconexión.
-Comprobar la permeabilidad de los tubos de drenaje. Comprobar que el tubo no esté acodado.
-En los drenajes con sistema de aspiración por vacío, comprobar que el colector mantiene el vacío.
-Vaciar el colector cuando sea necesario, una vez vaciado, restablecer el vacío.
-Mantener higiene de las luces del drenaje.
-Comprobar que el tapón del drenaje esté correctamente cerrado.
-Aplicar vendaje compresivo siempre que sea necesario. Siempre que el sondaje lo permita intentaremos fijar el tubo a la piel paciente para su comodidad y para evitar posible desplazamiento accidental de la sonda.Vigilar la existencia de fugas y el nivel de agua de la cámara de recolección, en ese tipo de drenajes.
-En los drenajes por gravedad comprobar que esté por debajo del nivel de inserción del drenaje, para evitar reflujos.

Algunos estudios demuestran que el anciano tiene entre dos y cinco veces más probabilidad de padecer una infección hospitalaria que los jóvenes. Se atribuye a cambios asociados al envejecimiento, así como a la presencia de otras enfermedades concomitantes y estancias hospitalarias prolongadas. Por tanto, la edad avanzada se asocia a un incremento de infecciones por drenajes ya que estos también representan una entrada de patógenos que en las personas mayores se acentúa por su mayor vulnerabilidad ante las infecciones.

Las personas con diabetes sufren una mayor incidencia de complicaciones postoperatorias y mortalidad postquirúrgica. La complicación postoperatoria más frecuente es la infección de la herida. Niveles de glucemia superiores a 200-230 mg/dl durante la intervención o el postoperatorio inmediato aumentan el riesgo de infección. Esta hiperglucemia favorece las infecciones producidas por hongos y bacterias. Además, la patología diabética (alteraciones vasculares, neuropatía) motivan hipoxia, isquemia, lesiones por presión, etc., que limitan los mecanismos de defensa del organismo. Algunos protocolos recomiendan retirar los drenajes lo antes posibles para terminar de secar la herida por el método convencional de

secado natural y limpieza aséptica del exudado.

5 Discusión-Conclusión

Un drenaje hay que colocarlo cuando sea verdaderamente necesario ya que es una puerta de entrada de bacterias y microorganismos que pueden dar lugar a una complicación innecesaria. Además, un drenaje puede obstruirse y el riesgo de infección aumentaría también es imprescindible quitar el drenaje tan pronto como sea posible.

6 Bibliografía

1. Gómez, A. V., Michelsen, F. C., Abello, A., Caceres, S., & Torres, F. Manual: Drenajes en Cirugía.
2. Noble, K. A. (2003). Reconocer cada sonda o tubo de drenaje. Nursing (Ed. española), 21(8), 8-14.
3. Gómez, A. V., Michelsen, F. C., Abello, A., Caceres, S., & Torres, F. Manual: Drenajes en Cirugía
4. Martín, R. M., & Gómez, M. Z. Sondas, canalizaciones y drenajes. Cirugía general para el médico general 2a, 125.
5. Parker, M. J., Livingstone, V., Clifton, R., & McKee, A. (2008). Drenaje cerrado por succión de heridas quirúrgicas después de la cirugía ortopédica.

Capítulo 61

LOS PARCHES DE FENTANILO EN EL ABORDAJE DEL DOLOR. PRÁXIS

VERÓNICA CRISTÓBAL LUCAS

TAMARA LÓPEZ ROMERO

MARIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

ÁNGELA GUINALDO BORGES

ELENA PARRADO

1 Introducción

Una de las principales complicaciones asociada al cáncer es el dolor.Durante mucho tiempo el tratamiento se ha realizado mediante el empleo de analgésicos opiáceos, como la morfina. En los últimos años, y debido a los efectos adversos más frecuentes de la morfina (estreñimiento,depresión respiratoria, etc.), se han desarrollado nuevas formas de tratamiento del dolor oncológico, como el fentanilo en forma de parches transdérmicos.

Esta nueva forma farmacéutica se encuentra enclavada en el tercer escalón de la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se administra mediante técnicas no invasivas y presenta numerosas ventajas frente a la vía parenteral. Una alta aceptación por parte del paciente, un intervalo posológico elevado, una administración relativamente cómoda y sencilla los hacen adecuados

en pacientes con dolor crónico canceroso que no pueden ser tratados con morfina oral, si bien hay que tener precaución y aumentar la dosis lentamente por los problemas que plantea la sobredosificación. La disminución del estreñimiento frente a la morfina oral y la administración cada setenta y dos horas incrementa la calidad de vida de los pacientes y facilita el cumplimiento de la pauta analgésica.A pesar de que los datos disponibles hasta ahora no son concluyentes y la ausencia de estudios de coste efectividad frente a morfina oral de liberación retardada, el parche de fentanilo puede ocupar en un futuro inmediato un lugar estratégico en la terapia del dolor oncológico, sustituyendo a la administración parenteral de morfina y en aquellos pacientes en los que por diversas causas no resulte recomendable o no es posible la administración oral de la misma, considerada hasta el momento de elección en este tipo de terapia.

La forma farmacéutica del parche de fentanilo es el sistema terapéutico transdérmico (STT). Incluye una membrana de liberación sostenida que reduce la variabilidad interindividual en aproximadamente un 50% frente a otros sistemas de administración transdérmica clásicos y un promotor percutáneo, el etanol, con un factor de promoción de 500. Gracias a estos dos componentes el STT libera el fármaco a un flujo constante durante setenta y dos horas. La penetración transdérmica de fentanilo es similar en toda la superficie corporal, aunque se debe tener en cuenta, en primer lugar, las diferencias interindividuales de cada paciente y en segundo lugar, que la cantidad de fentanilo liberado es proporcional a la superficie del parche. Estos parches deberán administrarse de manera individualizada basado en las condiciones del paciente y deberá evaluarse en intervalos posteriores después de la aplicación del parche. Deberá ser aplicado en partes planas de la piel no irritadas como el torso y la parte superior de los brazos en las cuales no se encuentre irradiada la piel.

En aquellas zonas de la piel en donde se encuentre vello o pelo esto no deberá ser rasurado sino cortado con tijeras. En el caso de que se necesite hacer aseo de la zona en la cual se aplicará el parche, esta limpieza se hará solo con agua, no deberá utilizarse jabón, aceites o lociones, ya que estas pueden alterar las condiciones de la piel. La zona a aplicar el parche deberá estar completamente seca. Deberá colocarse inmediatamente después de retirar la capa protectora. Deberá ser presionado firmemente en el lugar, con la palma de la mano por aproximadamente 30 segundos, asegurándose que el contacto del parche sea completo,especialmente alrededor de los bordes. Puede estar por un período de 72 horas. Un nuevo parche deberá ser aplicado en un sitio diferente, después de haber sido removido el parche anterior. Deberán pasar varios días para poder aplicar

un nuevo parche en el mismo sitio. La selección de la dosis deberá ser establecida por los antecedentes opioides del paciente, incluyendo el grado de tolerancia a los opioides si es que existe alguno, así como las condiciones actuales del paciente y su estatus médico.

Tanto para los pacientes que toman por primera vez, como para aquellos que ya tienen tolerancia a los opioides, la evaluación inicial del efecto analgésico máximo de fentanilo parches no podrá ser hecha hasta después de 24 horas de aplicación inicial del parche. Este retraso es debido al incremento gradual de la concentración sérica de fentanilo en las 24 horas posteriores a la aplicación incivil del parche.La terapia analgésica previa deberá ser suspendida gradualmente después de la aplicación de fentanilo parches hasta que la eficacia analgésica sea obtenida. El parche de fentanilo deberá ser intercambiado cada 72 horas, la dosis deberá ser ajustada individualmente hasta obtener el efecto máximo de analgesia. Si la analgesia es insuficiente después de la aplicación inicial, la dosis puede ser incrementada después de 72 horas. De ahí en adelante ajuste de la dosis podrá tomar lugar cada 72 horas.

Los incrementos a la dosis deberán ser realizados con 25 mcg/h, aunque deberá tomarse en cuenta los requisitos analgésicos suplementarios (90 mg de morfina oral es igual a fentanilo parches 25 mcg/h), y el estado de dolor del paciente. Se puede utilizar más de un parche a la vez, cuando se requieran dosis mayores de 100 mcg/h. Algunos pacientes podrán requerir dosis suplementarias periódicas de analgésicos de corta duración para aboli el dolor. Si se requieren dosis mayores a 300 mcg/h, se deberán considerar o adicionar otros métodos alternativos de analgesia.Si es necesario descontinuar el uso de parches, el recambio con otros opioides deberá ser gradual, iniciando con dosis bajas e incrementándolas lentamente. Esto debido a que los niveles de fentanilo caen gradualmente después de remover el parche. Esto toma aproximadamente 17 horas o más para que dichas concentraciones de fentanilo lleguen al 50%. En general, la descontinuación de la analgesia opioide debe ser gradual para prevenir los síntomas de abstinencia. Para desechar el parche una vez utilizado, este deberá ser doblado hacia la parte adhesiva para que las partes de este se unan.

2 Objetivos

Examinar con exactitud el protocolo de los parches opiáceos para proceder a su colocación de manera correcta en forma y espacio de tiempo.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática en varias páginas web y en la base de datos Elsevier con los descriptores: opiáceos, analgesia y escala del dolor, retirada gradual del fentanilo, morfina y sistemas de liberación transdérmica y como operador boléano AND.

4 Resultados

Dolor, aproximadamente un 55% de los pacientes ambulatorios oncológicos lo padecen, incrementándose este porcentaje hasta el 90% en el caso de los pacientes con tumores en estadios avanzados. En el control del dolor oncológico el empleo de analgésicos opiáceos como la morfina mediante las vías habituales de administración, oral, subcutánea e intramuscular ha sido y es práctica habitual con excelentes resultados. No obstante, la dificultad de la administración parenteral en el paciente ambulatorio fundamentalmente y los efectos adversos atribuibles a la morfina como el estreñimiento y la depresión respiratoria, entre otros, han motivado la investigación y desarrollo de nuevos analgésicos opiáceos presentados bajo formas farmacéuticas de dosificación innovadoras que implican, asimismo, nuevas vías de administración.Dentro de este grupo los parches transdérmicos, forma farmacéutica que emplea una vía de absorcional alternativa, la percutánea, presentan algunas ventajas terapéuticas frente a las vías clásicas de administración de fármacos:

-Se evitan las variaciones de absorción y metabolismo que aparecen al administrar fármacos por vía oral.
-Se mejora la biodisponibilidad de ciertos medicamentos al obviar el efecto de primer paso.
-Permite la utilización de fármacos de semivida biológica muy baja.
-Reduce la posibilidad de que se produzcan importantes variaciones en la dosis.
-Proporciona un régimen terapéutico con excelente aceptación por parte del paciente.

El fentanilo es un potente agonista opiáceo de los receptores μ con actividad analgésica que, gracias a su bajo peso molecular, gran potencia 80 veces más potente que la morfina y lipofilia cumple las condiciones necesarias para considerarlo como un fármaco adecuado para su administración por la vía transdérmica. El fentanilo presentado bajo la forma farmacéutica denominada sistema terapéutico transdérmico (STT-fentanilo) es una especialidad farmacéutica estu-

pefaciente que se encuentra registrada en España con el nombre comercial de Durogesic. Existen comercializadas tres dosis que liberan, respectivamente, de 25, 50 y 100 μg de fentanilo a la hora durante setenta y dos horas. Se presenta en un envase de cinco parches transdérmicos.

Los efectos adversos que se pueden esperar con este tratamiento son casi los mismos que los producidos por los derivados opiáceos:
-El más grave asociado a la terapia con STT-fentanilo es la depresión respiratoria, que en los ensayos revisados oscila alrededor de un 2% de los pacientes tratados.
-Aparición de estreñimiento. En este caso la incidencia fue ligeramente inferior que con la morfina oral. La causa de esta diferencia la encontramos en que la relación entre dosis analgésica y antidiarréica en la morfina es mucho menor que en el fentanilo, por lo que a dosis equianalgésicas con la morfina se produce una mayor disminución de la motilidad gastrointestinal que con el fentanilo.
-Aparición de eritema y prurito en el punto de aplicación, aunque parece ser que esta reacción es debida al plástico o al adhesivo.El eritema fue transitorio y afectó a un 3% de los pacientes.
-Aparición de náuseas y vómitos. Este efecto adverso aparece con similar incidencia en los pacientes tratados con morfina oral si bien existen estudios en los que hay diferencias significativas entre uno y otro a favor del STT-fentanilo.
-Aparición de somnolencia. Los estudios comparativos del TT-fentanilo y la morfina oral no son concluyentes, existiendo estudios con resultados a favor del uso de STT-fentanilo y otros a favor del uso de la morfina oral.
-Otros efectos adversos pero de menor frecuencia (1-2%) fueron la aparición de anorexia, sudoración, problemas urinarios, sequedad de boca, flatulencia, distensión abdominal, bradicardia,temblor, agitación, síncope, vértigo, estupor y faringitis.

Hasta enero de 1994 la FDA había recogido un total de 50 casos de muerte aparecidos durante el tratamiento con parches transdérmicos de fentanilo, de los cuales 34 se debieron a la patología de base del paciente. De los 16 restantes, la FDA sólo asoció cuatro al empleo de los parches.

Las altas concentraciones de fármaco que se almacenan en el parche,junto con una mala manipulación del mismo, pueden llevar a la sobredosificación e intoxicación del paciente.La cantidad de fármaco remanente en un parche puede superar en gran medida la dosis mortal para una persona.La potencia del fentanilo (80 veces superior a la morfina) puede provocar la aparición de intoxicaciones accidentales o dependencias y abusos en personas especialmente predispuestas.

Se han descrito casos de personas que han ingerido intencionadamente el parche o que se han inyectado por vía intravenosa su contenido.De todo ello se deduce que se debe establecer un especial control sobre el uso de esta forma farmacéutica del fentanilo, así como de la eliminación del mismo una vez utilizado.

5 Discusión-Conclusión

Los parches de fentanilo son un sistema de analgesia cómodo y eficaz que todo el personal sanitario debe conocer en todas sus latitudes. La administración del STT-fentanilo es simple y cómoda, se puede realizar en casa del paciente con un intervalo posológico de setenta y dos horas, reduciendo los problemas psicológicos asociados a una dosificación más frecuente de morfina. Al administrarse en intervalos de tres días el paciente tiene menos presente su enfermedad. Todo esto hace que sea una forma farmacéutica ideal para personas impedidas o no cooperantes (niños, ancianos, etc.) o que no toleren la administración de analgésicos opiáceos por vía oral (por presencia de vómitos, baja absorción intestinal o enfermedades intestinales en general) y presenten dificultad para el acceso venoso.

La aplicación del parche sobre la piel, además de favorecer la adherencia al tratamiento, parece ocasionar un menor número de efectos adversos, fundamentalmente en el caso del estreñimiento, mejorando la calidad de vida del paciente.

6 Bibliografía

1. Hwang SS,Nichols KC, Southan M. Transdermal permeation: physiological and physicochemical aspects. En: Lehman KA, Zech D, eds. Transdermal fentanyl: a new approach to prolonged pain control, 1.a ed.Berlín: Springler-Verlag; 1991.
2. Gupta SK,Southam M, Gale R, Hwang SS. System functionality and physicochemical model of fentanyl transdermal system. J Pain Symptom Manage 1992.
3. Roy SD,Flynn GL. Transdermal delivery of narcotic analgesics: pH,anatomical, and subject influences on cutaneous permeability of fentanyl and sufentanil. Pharm Res 1990.
4. Agencia Española de Medicamentos (www.egemed.es);
Compendium Suisse des Médicaments (www.kompendium.ch)
FDA (www.fda.gov)
Medicines UK (www.medicines.org.uk)
Expedientes para registro Fentanyl® y Durogesic®

5. Jacox A,Carr DB, Payne R. Clinical Practice Guidelines (No. 9): management of Cancer Pain, vol 1. Rockville, MD: Agency for Health Care Policyand Research; 1994.
6. Zech DF,Grond SU, Lynch J, Dauer HG, Stollenwerk B, Lehmann KA. Transdermal fentanyl and initial dose-finding with patient-controlled analgesiain cancer pain. A pilot study with 20 terminally ill cancer patients. Pain 1992.
7. Enck RE. Themanagement of large fungating tumors (malignant ulceration). Am JHosp Palliat Care 1990.
8. Hwang SS,Nichols KC, Southan M. Transdermal permeation: physiological and physicochemical aspects. En: Lehman KA, Zech D, eds. Transdermal fentanyl: a new approach to prolonged pain control, 1.a ed.Berlín: Springler-Verlag; 1991.
9. Ahmedzai S,Brooks D. Transdermal fentanyl versus sustained-release oral morphine in cancer pain: preference, efficacy, and quality of life.The TTS-Fentanyl Comparative Trial Group. J Pain Symptom Manage1997.
10. Zech DF,Grond SU, Lynch J, Dauer HG, Stollenwerk B, Lehmann KA. Transdermal fentanyl and initial dose-finding with patient-controlled analgesiain cancer pain. A pilot study with 20 terminally ill cancer patients. Pain 1992.
11. Marquardt KA, Tharratt RS. Inhalation abuse of fentanyl patch. J Toxicol Clin-Toxicol 1994.

Capítulo 62

CONDICIONES MÉDICAS PREVALENTES Y TRASTORNOS MENTALES EN LA TERCERA EDAD

MARIA JOSEFA GARCIA GUTIÉRREZ

1 Introducción

El término envejecimiento se refiere a un proceso de cambios a medida que pasan los años en el transcurso de la vida y en sentido estricto se diría que es todo lo que sucede en el organismo desde el momento de la fecundación. Si se habla de vejez o senescencia de los individuos, se enfatiza a los cambios que se presentan después de alcanzar un pico máximo de desarrollo. Un límite arbitrario definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere al hecho de vivir más allá de los 60 años.

Por otro lado el envejecimiento poblacional o demográfico es un proceso que evidencia la velocidad del cambio en la estructura por edades de una población. Las últimas épocas en la evolución mundial se han caracterizado por cambios acelerados en los índices de natalidad y de mortalidad, dando como resultado que aumente el número de personas de 65 y más años de edad. Estos cambios han afectado el mundo en general. Este envejecimiento poblacional es en sí mismo, un fenómeno complejo con consecuencias económicas, sociales, políticas y del sector salud, representando uno de los mayores desafíos para el país. Podría plantearse como una falacia el hecho de que la prolongación de la expectativa de vida sea un éxito en la evolución del hombre, si predominan problemas de salud, tales como el incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas,

que generan dependencia y discapacidad. En consecuencia el tema del envejecimiento de la población debe tener un lugar prioritario en las políticas de salud y como aspecto relevante la educación de recursos humanos para la atención en salud de las personas mayores. Todo parte de conocer las características básicas y las problemáticas que afectan al adulto mayor.

El envejecimiento de la población es un fenómeno que hemos de contemplarlo como un éxito o logro de la salud en general y de la salud pública en particular. Si bien, es cierto que, a menudo, su grado de desarrollo y sus efectos se observan con cierta preocupación por los distintos responsables de su gestión, en la medida que plantean un reto para el sistema sanitario y para la sociedad en su conjunto.

En la actualidad, España es el país de Europa con una mayor esperanza de vida y el segundo país a nivel mundial tras Japón, un objetivo al que se ha llegado en gran medida a través de las estrategias sanitarias que se han venido incorporando en las últimas décadas según queda constancia en el Tercer Informe sobre Demografía publicado por la Comisión Europea de Estadísticas.

Para comprender mejor esta situación es conveniente echar una mirada a su evolución histórica y en tal sentido encontramos que a principios del siglo XX, más de la mitad de la población se hallaba por debajo de los 24 años y su esperanza media de vida al nacer se situaba en torno a los 30-35 años de promedio. En la actualidad, un siglo después, más de la mitad de la población se sitúa en los 39 años, pero con una tendencia verdaderamente progresiva que nos advierte que en 2020 puede ser ya de 43 años y que, si sigue la tendencia, en 2049 la mitad de la población se situará en el límite de los 47 años. Consiguientemente la población se configura en una serie de pirámides progresivas que nos dejan esa imagen estructural de un envejecimiento cada vez más evidente y consolidado.

A lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas. Además de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. Además, entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia.Los adultos mayores también son vulnerables al maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono; a la

falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto. Los datos actuales indican que una de cada 10 personas mayores sufre maltrato. El maltrato de las personas mayores no se limita a causar lesiones físicas sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad.

2 Objetivos

-Capacitar a los profesionales sanitarios en la atención de los ancianos.
-Prevenir y atender las enfermedades crónicas que acompañan a la vejez, como los problemas mentales, neurales y por abuso de sustancias psicotrópicas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se constata que cuando se ejecuta un mayor número de pruebas de diagnóstico de tipo cognitivo a esta población, invirtiendo en prevención. Enfermedades como Alzheimer, estados de ansiedad y depresión, evolucionan más favorablemente en beneficio de la persona mayor y se ponen herramientas más rápidamente al alcance del enfermo y sus familiares, mejorando los síntomas y el estado del paciente en general. Los beneficios en el manejo de la enfermedad se incrementa para los profesionales que lo abordan y la confianza y seguridad crece tanto en el enfermo como en los allegados a él. Se comprueba así mismo que una mayor inversión en formación para los facultativos que están en contacto con el anciano, redunda en beneficios para él y para su enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

El envejecimiento normal implica una serie de cambios en todos los sistemas orgánicos, resaltando el aspecto anatómico, cognitivo, y funcional, conocidos

como cambios fisiológicos del envejecimiento. Estos últimos sumados a los estilos de vida y a la genética en menor proporción, hacen al anciano más o menos vulnerable, por tanto se hace necesario el conocimiento multidimensional de esta población, evitando así que en esta fase del ciclo vital se perjudique la calidad de vida y el funcionamiento de los individuos.

La noción de edad cronológica se refiere a la suma de los años desde el nacimiento. Por el contrario, el concepto del envejecimiento biológico entendido como el estado integral de un individuo como resultante de los desgastes asociados a la edad más sus condiciones de enfermedad, funcionalidad, bienestar mental y apoyo social .

El envejecimiento biológico es individual e independiente de la edad cronológica y explica por qué dos personas de la misma edad poseen características de salud diferentes. Como sea, la senescencia no deja de ser una etapa normal en el ciclo de vida y debe ser vista como tal, alejándose de la idea de que vejez es lo mismo que enfermedad. Por eso es importante en el momento de evaluar y tomar decisiones en un paciente anciano, no tener como único criterio la edad cronológica, sino más bien su edad biológica o de forma resumida, su funcionalidad.
Una forma de aproximarse al mencionado envejecimiento biológico, es la valoración geriátrica multidimensional. Por otro lado, en cuanto al aspecto cognitivo, existen numerosos factores biológicos, psicológicos y sociales con impacto más o menos prominente en la salud mental de las personas adultas mayores. Aparte de componentes derivados de los procesos normales de envejecimiento o de la concurrencia de enfermedades médicas diversas, eventos como la muerte de un ser querido, la jubilación o la discapacidad, contribuyen significativamente a una variedad de problemas mentales o emocionales en esta fase del ciclo vital. Los problemas más frecuentes afectan las esferas neurocognitiva, afectiva y onírica.

Los trastornos neurocognitivos mayores reducen el rendimiento general del paciente y generan con ello exigentes necesidades de dependencia y cuidado cercano. Los trastornos afectivos pueden acentuarse por falta de apoyo familiar y disminución marcada de interacciones sociales que pueden dar lugar a un significativo aislamiento con conducta suicida resultante. La mayor frecuencia de trastornos del sueño como insomnio, somnolencia diurna y trastornos específicos como apnea obstructiva alteran significativamente la calidad de vida de esta población.

6 Bibliografía

1. INE/INEBASE. Proyecciones de población. Censos de Población y Vivienda 2001. Disponible en: http://www.ine.es.
2. Tercer Informe sobre Demografía. Comisión Europea de Estadísticas (Eurostat). 2011. Disponible en http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?
docId=6688&langId=en.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud (Período 2011-2012). Año 2013.
4. Libro Blanco del Envejecimiento Activo. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Dirección General del IMSERSO. Madrid. 2011.
5. Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España 2011. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Dirección General del IMSERSO y Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid. 2011.
6. Abellán García A, Vilches Fuentes J, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2014. Indicadores estadísticos básicos. Madrid. Informes Envejecimiento en red no 6 Disponible en: http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos14.pdf.
2014.
7. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio de 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2012.
8. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de la Salud. En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. 18 de diciembre de 2013.
9. Blasco Patiño F, Martínez López de Letona J, Villares P, Jiménez AI. El paciente anciano polimedicado: efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud 2005; 29:6.
10. Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud 2004; 28(5):113-20.
11. De Mendonça Lima CA, Ivbijaro G. Mental health and wellbeing of older people: opportunities and challenges. Mental Health Fam Med. 2013;10(3):125-7.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th. Edition. DSM-5®. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.

Capítulo 63

ENFERMEDAD DE CROHN

RAQUEL DE LA MAZA RIOPEDRE

1 Introducción

La enfermedad de Crohn es una enfermedad crónica que se engloba dentro de Enfermedades Inflamatorias Intestinales (EII), entre las que también se encuentra la colitis ulcerosa. Es una afección por la cuál resultan inflamadas partes del tubo digestivo.

La Enfermedad de Crohn puede afectar a cualquier zona del tubo digestivo, desde la boca hasta el ano. Sin embargo, es más frecuente que afecte a la vez a la parte final del intestino delgado(íleon) y a la inicial del intestino grueso o colon (el ciego). En otros casos, solo se da en el intestino delgado (enteritis) o solo en el colon (colitis). Muchos pacientes pueden sufrir también problemas en el ano (enfermedad perianal) y más raro es que aparezca en el esófago o el estómago.

La inflamación producida por este tipo de enfermedad intestinal afecta además a todo el grosor del intestino, desde la capa más interna (mucosa) hasta la más externa, que son los tejidos que recubren el órgano. Una inflamación puede ser segmentaría, es decir, en la misma zona afectada se alternan áreas inflamadas y otras sin inflamación. La colitis ulcerosa es una afección conexa a dicha enfermedad. Otra característica de la Enfermedad de Crohn es la presencia, cuando se mira al microscopio el órgano afectado, de granulomas o masas en forma de esfera compuestas por células del sistema inmunitario que se agrupan cuando intentan aislar sustancias que el cuerpo no reconoce y le son extrañas.
La causa exacta de esta enfermedad se desconoce. Es una afección que se presenta cuando el sistema inmunitario del propio cuerpo ataca por error y destruye

el tejido corporal sano (trastorno autoinmunitario). Cuando hay partes del tubo digestivo que permanecen hinchadas o inflamadas, las paredes intestinales resultan engrosadas.

La Enfermedad de Crohn puede aparecer a cualquier edad, aunque más a menudo se presenta en personas entre los 15 y los 35 años. Las últimas investigaciones indican como causas de la enfermedad factores ambientales, el tabaquismo, tendencia del cuerpo a reaccionar en forma exagerada a bacterias normales en los intestinos, factores genéticos y los antecedentes familiares. No se considera una enfermedad hereditaria, aunque si se puede hablar de una predisposición genética. De hecho, el factor de riesgo más importante para padecer una Enfermedad Inflamatoria Intestinal es la historia familiar.

Concretamente los padres con Enfermedad de Crohn tienen un 5% de posibilidades de que su hijo padezca alguna EII, y si los dos progenitores tienen una EII, el porcentaje se eleva entre el 15 y el 30%.

Los síntomas que presentan estos enfermos depende de la parte del tubo digestivo afectada. La fiebre es un síntoma clásico, junto con la de apetito y de peso, dolor abdominal (zona del vientre), colitis etc.

La diarrea es el síntoma más frecuente en el momento del diagnóstico, y según sus características nos indica que zona del tubo digestivo está afectada. Si es de escaso volumen, pero sangrante, significa que la zona lesionada es el colon. Por el contrario, si son deposiciones voluminosas indica que es el intestino delgado el afectado por la inflamación. Cuando aparecen problemas en el ano, el paciente puede padecer hinchazón de los pliegues anales, fisuras, fístulas, y abscesos (bolsas de pus).

Un examen físico puede revelar una masa o sensibilidad en el abdomen, erupción cutánea, articulaciones inflamadas, úlceras bucales.
Los exámenes para diagnosticar la enfermedad incluyen: tránsito esofagogastroduodenal, colonoscopia o sigmoidoscopia, endoscopia por cápsula, resonancia magnética (RM) del abdomen, cultivo de heces para descartar otras causas posibles de los síntomas etc.

Actualmente, la Enfermedad de Crohn es crónica ya que no tiene cura. A lo largo de su vida, la persona vivirá con épocas en las que tendrá síntomas (brotes), con épocas o periodos sin síntomas, en los que la enfermedad remitirá.

No se ha demostrado que alguna dieta específica mejore o empeore los síntomas

de la Enfermedad de Crohn. Los tipos de problemas relacionados con los alimentos puede variar de una persona a otra, pero un tratamiento general para todos ellos es llevar una dieta sana y equilibrada, y unas pautas generales como comer cantidades pequeñas de alimentos, beber mucha agua, evitar los alimentos picantes, las grasas etc.

El médico decidirá el tratamiento a seguir de una manera individualizada en base al grado de actividad inflamatoria que sufre la persona con Enfermedad de Crohn, pero los fármacos son una de las opciones más importantes. Los medicamentos más comunes para paliar estos síntomas serían la loperamida (Imodium) para tratar la diarrea muy intensa, suplementos de fibra, suplementos como el hierro (si es anémico) paracetamol para el dolor leve.

Algunas personas con Enfermedad de Crohn que no responden al tratamiento pueden necesitar cirugía para tratar problemas como el sangrado, estrechamiento del intestino, fistulas (conexiones anormales entre los intestinos y otra zona del cuerpo). Aunque la cirugía en ningún caso cure la enfermedad si puede ser de gran ayuda para poder paliar los síntomas.

La esperanza de vida es similar a la de la población general, pero si se da una probabilidad ligeramente superior de padecer cáncer colorrectal relacionado estrechamente con la inflamación crónica y el tiempo de enfermedad que lleve la persona. Esto no quiere decir que tener dicha enfermedad lleve inevitablemente a en el futuro padecer dicho tipo de cáncer.

2 Objetivos

Recabar información que pueda servir de ayuda para aquellos que padecen esta patología.

3 Metodología

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

4 Resultados

En las últimas tres décadas, se ha visto un aumento notable de esta enfermedad, en los Países desarrollados, considerando los datos anteriores queda patente que la Enfermedad de Crohn es una patología para tener muy en cuenta hoy en día, y por ello hay que tratar de aclarar el papel que tiene la dieta en la fisiopatología de la enfermedad así como el papel fundamental que tiene el estilo de vida que sigue la persona, así como los hábitos como el tabaquismo, ya que fumar agrava su enfermedad el ”estrés diario” (llegar tarde a una cita, discutir con tu entorno, preocupaciones, etc.) así como el estado anímico porque pasan de estar bien a padecer una enfermedad crónica.

Un porcentaje de estos pacientes cree que la dieta afecta a los síntomas de la enfermedad, por lo que es habitual que los pacientes realicen restricciones de dieta en las fases de remisión por miedo a la aparición de un brote. Esto se da en el 90% de los pacientes con EC.

Por lo tanto, es normal que se produzca una pérdida importante de peso, y un estado de déficit nutricional en algunos casos. También puede existir una malabsorción de nutrientes que depende del grado de afectación intestinal ya que, a mayor superficie afectada, menor superficie es capaz de absorber los nutrientes. Esta situación puede llevar a la aparición de enfermedades secundarias derivadas de la carencia de determinados micros y macronutrientes (por ejemplo, osteoporosis, artritis, etc.).

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad la etiología de EC es aún desconocida. Gracias a los numerosos estudios se ha avanzado en el conocimiento de la patogenia, sabiendo que están implicados factores genéticos, por lo que la herencia juega un papel importante en la aparición de la enfermedad.

Además de las graves manifestaciones intestinales y extraintestinales que produce, es especialmente importante el riesgo que tienen los individuos de desarrollar cáncer de colon. Por ello, en todos los casos se debe realizar un Screening de CCR tras 8-10 años del diagnóstico de la enfermedad.

Actualmente, la cromoendoscopia se ha posicionado como técnica de elección frente a la colonoscopia. La terapéutica utilizada en la enfermedad será paliativa y no curativa. El tratamiento intenta abordar la sintomatología característica de

los brotes de la enfermedad, y cuando se consigue la remisión, es necesario un tratamiento de mantenimiento. En muchas ocasiones las terapias no cumplen el efecto terapéutico deseado' bien porque no se consigue respuesta o porque la frecuencia y gravedad de los efectos secundarios producidos conduce a la suspensión del tratamiento.

Este hecho, junto con el evidente incremento de la incidencia en los últimos años, hace que nos encontremos ante una patología que requiere de la búsqueda de nuevas alternativas terapéuticas.

6 Bibliografía

1. https://geteccu.org/
2. https://www.msdsalud.es/index.html
3. https://www.alimmenta.com/
4. https://medlineplus.gov/

Capítulo 64

PREVENCIÓN ANTE EL CORONAVIRUS (COVID-19) EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

VERONICA PULIDO LOBERA

ANA MARGARITA HERNANDEZ SANCHEZ

SUSANA DIAZ DIAZ

Mª PILAR RUIZ CRESPO

1 Introducción

En la actualidad hay un virus llamado coronavirus 19, el cual su propagación es rápida y muy contagioso en lo que se desconoce todavía mucho sobre él.Pero si hay prevenciones que deberemos tener en cuenta para disminuir este contagio.

2 Objetivos

Determinar los cuidados a realizar e imformarse continuamente atraves de la OMS.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Palabras clave: Organización Mundial de la Salud (OMS), prevención, causas, síntomas, coronavirus y factores de riesgos. Investigación en revistas científicas, en publicaciones de la organización mundial de la salud, a través de ruedas de prensa dirigidas por el Ministro de Sanidad y el Presidente del Gobierno español.

4 Resultados

En la actualidad estamos conviviendo con una pandemia global,que afecta a la diversos países, aquí en España estamos en un estado emergencia por lo que la prevención del contagio en las áreas hospitalarias es de suma importancia para combatir la pandemia y disminuir los casos.

Cada persona que entre en el hospital deberemos estar y tratarlo con una protección adecuada deberemos usar mascarilla durante toda la jornada laboral y la utilización continua de guantes, aquellas personas que asistan con problemas respiratorios se les deberá tratar como si tuvieran el virus, por lo que lo aislaremos y recogeremos la muestra con un hisopo para descartar el virus, dicha muestra se deberá recoger con doble guante estéril,batas, mascarillas y gafas, además al poder ser las mascarillas deberán ser de fp2u fp3. Además de dichas prevenciones deberemos lavarnos las manos continuamente con jabón hidroalcohólico, evitar tocar las paredes y los pómulos de las puertas,lleves de la luz,etc. y limpiar ordenadores mesas suelos mas de forma continuada y restringir las visitas al hospital solo deberán acudir de forma excepcional aquellas personas que se encuentre en estado terminal y no padezcan el covid-19

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica y los datos actualizados de la OMS, la higiene y el aislamiento ayudará a la disminución de casos de pacientes con coronavirus lo que disminuirá considerablemente los casos de contagio, los fallecimientos y en consecuencia menos ingresos hospitalarios que ayudará a la economía de la salud pública.

6 Bibliografía

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

Capítulo 65

ARTRITIS REUMATOIDE

MARÍA AMOR MARTÍNEZ FERNÁNDEZ

JUAN EUSEBIO CANO HERRERA

MARÍA ALIA FERNÁNDEZLÓPEZ

JOSE MANUEL SERNANDEZ FUENTE

1 Introducción

La artritis reumatoide se trata de una enfermedad autoimmune que afecta a las articulaciones, causando inflamación, dolor, rigidez o pérdida de su función.

2 Objetivos

Explicar cómo paliar la sintomatología que produce esta enfermedad para que las personas que la padecen puedan llevar una forma de vida lo más óptima posible.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se trata de una enfermedad que afecta a más mujeres que hombres y puede afectar a cualquier articulación, aunque es más común en los dedos y las muñecas. Los síntomas suelen aparecer en la mediana edad y la causa se desconoce, aunque la genética, las hormonas y el ambiente pueden tener un papel fundamental.

La artritis reumatoide es una enfermedad autoimmune, lo que quiere decir que es el propio sistema inmunitario el que ataca a los tejidos. No existe un tratamiento para curar esta patología, ya que se trata de una enfermedad crónica, el tratamiento se basa en fármacos para aliviar el dolor y modificar el avance de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Las personas que padecen esta enfermedad deben aprender a vivir con ella y adaptarse a llevar un estilo de vida tranquilo, evitar movimientos bruscos, dormir lo suficiente, evitar el ejercicio físico intenso, intentar mantener una postura correcta y llevar una dieta sana y equilibrada para evitar la obesidad, y por tanto, la sobrecarga de las articulaciones.

6 Bibliografía

1. Medlineplus.gov
2. Cuidateplus.com
3. Conartritis.org
4. Mayoclinic.org

Capítulo 66

PREVENCIÓN DE RIESGOS BIOLÓGICOS PARA PERSONAL SANITARIO

NATALIA VÁZQUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

En el medio sanitario, los riesgos biológicos son los que más frecuentemente encontramos, siendo los profesionales más expuestos el personal sanitario que presta asistencia directa a los enfermos, el personal de laboratorio que procesa muestras contaminadas o posiblemente contaminadas y el personal que trabaja con animales o con derivados de éstos.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, de 8 de noviembre), en su artículo 14 convierte al empresario y a las Administraciones Públicas respecto del personal a su servicio, en el garante de la Seguridad y la Salud de los trabajadores. En esta línea, deberá adoptar cuantas medidas sean necesarias para la protección permanente de estas condiciones de seguridad y salud.

2 Objetivos

Conocer medidas de prevención generales para evitar riesgos biológicos como personal sanitario en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

El mayor número de accidentes laborales con material biológico se producen en el colectivo de Enfermería y concretamente en las áreas quirúrgicas y médicas, seguido de los laboratorios y el servicio de extracciones. La mayor parte de las exposiciones accidentales son inoculaciones percutáneas de las cuales el 90% son pinchazos. El pinchazo es el accidente más frecuente, quizás debido a la costumbre de reencapsular las agujas o por no tener un sistema de eliminación de residuos adecuado; por este motivo, seria conveniente implantar en todos los centros sanitarios la utilización de material punzante con autoasegurador.

Las actividades con mayor riesgo de accidente son la administración de medicación IM/IV, la recogida de material usado, la manipulación de sangre, reencapsular, suturar, las agujas abandonadas y la recogida de basura. Hay que tener en cuenta que la mayoría de los accidentes de este tipo no se notifican a los Servicios de Prevención o de Medicina Preventiva, por lo que los datos podrían ser aún más alarmantes si existiese un adecuado registro de los mismos.

Las estrategias generales de prevención se basan en el establecimiento de una serie de barreras:
A. Barreras físicas: guantes, mascarillas, gafas, batas y cualquier otro equipo de protección individual.
B. Barreras químicas: desinfectantes como hipociorito sódico, formaeldehido, glutaraldehido, N-duopropenida, povidona yodada, gluconato de ciorhexidina, etc., así como biocidas en la limpieza de conductos de aire.
C. Precauciones universales y códigos de buena práctica.
D. Barreras biológicas: vacunas, inmunoglobulinas y quimioprofilaxis.

Precauciones generales:
Se basan en que el riesgo de transmisión de un agente biológico en el medio

sanitario es debido a la inoculación accidental con sangre de la persona infectada. Como resulta imposible identificar a todas las personas se recomienda considerar a todos los pacientes como potencialmente infecciosos.

Además, el riesgo de infección va a ser proporcional a la prevalencia de la enfermedad en la población asistida y a la probabilidad de producción de accidentes durante la realización de los procedimientos.
A. Vacunación de la Hepatitis B de todo el personal sanitario.

B. Normas de higiene personal:
-Cubrir cortes y heridas con apósitos impermeables.
-Cubrir lesiones cutáneas con guantes.
-Retirar anillos y otras joyas.
-Lavado de manos antes y después de atender al paciente.

C. Elementos de protección de barrera:
-Uso de guantes al manejar sangre o fluidos corporales, objetos potencialmente infectados o al realizar procedimientos invasivos.
-Utilización de mascarillas cuando se prevea la producción de salpicaduras de sangre o fluidos a la mucosa nasal u oral.
-Protección ocular, cuando se prevea la producción de salpicaduras de sangre o fluidos corporales a la mucosa ocular.
-Utilización de batas y delantales impermeables, cuando se prevea la producción de grandes volúmenes de salpicaduras de sangre o líquidos orgánicos.

D. Manejo de objetos cortantes o punzantes:
-Extremo cuidado.
-No reencapsular las agujas.
-Eliminación en contenedores rígidos de seguridad.
-No dejarlos abandonados en cualquier sitio.
-Comprobar que no van entre ropas que se envían a lavandería.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido cuales son medidas básicas en el ámbito de la prevención de riesgos biológicos para el personal sanitario para así intentar minimizarlos.

6 Bibliografía

1. Guía de prevención de riesgos biológicos en el personal sanitario- Consejería de Economía y Empleo de Castilla y León- disponible en https://trabajoyprevencion.jcyl.es
2. La prevención del riesgo de accidente biológico en los profesionales sanitarios- Revista Elsevier- páginas 663-672 (Octubre 2004)- disponible en https://www.elsevier.es/

Capítulo 67

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA HOSPITALARIA

CRISTINA RODRÍGUEZ MANZANO

MARÍA JOSÉ FAMOS FERNÁNDEZ

MARIA ROSARIO RIVERA GONZALEZ

DOLORES LAGUNA DÍAZ

1 Introducción

Se puede definir al fenómeno de de la radiación como la propagación de la energía.Puede ser en forma de ondas electromagnéticas (rayos x, rayos gamma, rayos ultravioleta, etc.), llamadas radiaciones electromagnéticas o en partículas subatómicas a través de un medio material (partículas alfa o beta, neutrones, etc.), llamada como radiación corpuscular. Si la radiación transporta la suficiente energía como para producir ionización en el medio que atraviesa se llama radiación ionizante.

Debido al peligro que suponen las radiaciones ionizantes se hace necesario establecer unas medidas, las cuales, garanticen la protección tanto de trabajadores expuestos, público y pacientes del medio hospitalario, contra los riesgos que suponen la exposición a las mismas.

Las radiaciones ionizantes solo se emplearán cuando su uso esté justificado, es decir, cuando las ventajas estén por encima de las consecuencias que puedan ocasionar a la salud.

Para obtener una adecuada protección:

A. Se utilizará el sistema de limitación de dosis:
1. Justificación: ningún examen radiológico se llevara a cabo, excepto que los resultados que se obtengan, produzcan un beneficio para la salud.
2. Optimización: todas las exposiciones radiológicas serán tan bajas como sea razonablemente posible (principio de ALARA).
3. Límite de dosis: la dosis equivalente de cada individuo no excederá de los límites de dosis establecidos.

B. Se reducirá la exposición a las radiaciones ionizantes reduciendo el tiempo de trabajo cerca de la fuente de radiación empleando la técnica más adecuada, aumentando la distancia y utilizando un blindaje adecuado (principalmente plomo) que no traspase la radiación.

C. Se vigilará y controlará los lugares de trabajo mediante señalización, que en función del riesgo de exposición se clasificarán en distintas zonas:
1. Zona vigilada: no es controlada y hay posibilidad de recibir dosis efectivas mayores de 1mS/año o dosis equivalentes mayores de 1/10 de límites para el cristalino, piel o extremidades.
2. Zona controlada: riesgo de recibir una dosis efectiva superior a 6 mS/año o dosis equivalentes mayores de 3/10 de limite para el cristalino, piel o extremidades. Es necesario seguir procedimientos para restringir la exposición, evitar la contaminación radiactiva o limitar la magnitud de accidentes radiológicos. Se subdivide en:
-Controlada: improbabilidad de recibir dosis superiores a los limites.
-Permanencia limitada: riesgo de recibir dosis superiores a los limites.
-Permanencia reglamentada: riesgo de recibir dosis superiores a los limites en cortos periodos de tiempo.
-Acceso prohibido: riesgo de recibir dosis superiores a los limites en una sola exposición.

D. Se vigilará y controlar a las personas que trabajan en las instalaciones, con riesgo de recibir radiación:
1. Trabajadores expuestos: tienen riesgo de exposición a radiaciones susceptibles de ser dosis superiores a limites de dosis para miembros del público:
Categoría A: pueden recibir dosis efectiva superior a 6 mSv/año o dosis equivalente superior a 3/10, y deberán:
-Superar un examen de salud llevado a cabo por el servicio de prevención.
-Tener una formación en protección radiológica.

-Hacer controles en caso de riesgo de contaminación interna.
-Someterse a vigilancia sanitaria especial en caso de superar los limites de dosis.
Categoría B: es improbable recibir dosis superiores a 6 mSv/año o a 3/10 de dosis equivalente, y deberán:
-Tener formación en protección radiológica.
-Someterse a vigilancia dosimétrica y vigilancia sanitaria en caso de sospecha de superación del limite de dosis.
2. Miembros del público: serán aquellos trabajadores para los que es imposible superar en la actividad laboral alguno de los límites de dosis del público.

2 Objetivos

-Resaltar la importancia de disponer de una protección radiológica adecuada para los trabajadores y la población, contra los riesgos de dichas radiaciones.
-Prevenir los efectos biológicos que surgen como consecuencia de la exposición a altos niveles de radiaciones ionizantes. El efecto nocivo dependerá de la cantidad de la dosis recibida y efectos estocásticos (al azar): después de recibir radiación pueden aparecer o no, efectos tardíos, sin que se sepa la causa.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

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

Capítulo 68

DESINTOMETRÍA

DOLORES LAGUNA DÍAZ

MARIA ROSARIO RIVERA GONZALEZ

MARÍA JOSÉ FAMOS FERNÁNDEZ

CRISTINA RODRÍGUEZ MANZANO

1 Introducción

La desintometría ósea es una técnica que determina la densidad mineral de los huesos. Es la exploración de elección para el estudio de la osteoporosis, consiste en la disminución de la masa ósea y de su resistencia mecánica que trae consigo un aumento en la incidencia de fractura.

2 Objetivos

Mostrar el uso de la desintometría para determinar la densidad mineral de los huesos.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Hay varias maneras para medir la densidad mineral ósea:
-Tomografía computarizada (TC) (TC CUANTITATIVA)
-Ultrasonidos (ecografía cuantica)
-Resonancia magnética e isótopos (absorciometría fotónica simple y dual).
Pero la técnica elegida por el médico para cuantificar la masa ósea es la absorciometría con rayos x dual de doble energía.

Protocolo de estudio en la absorciometría con rayos X de doble energía axial.
- Preparación del paciente, no necesita preparación previa. Pero antes de realizarle la prueba es necesario saber:
A. Conocer la indicación de la prueba (osteoporosis, composición corporal) para saber el área a coger para el estudio.
B. Interrogar al paciente, posible embarazo, si presenta lesiones o enfermedades óseas, fracturas previas o que haya sido intervenido
(prótesis). En cuyo caso puede ser excluidas esas zona y elegir otra zona a estudio.
C. Debemos retirar al paciente todos los objetos metálicos, como aquella ropas con estructuras metálicas (como por ejemplo cremalleras) situadas en la zona a estudiar.

Regiones a estudio:
-En adultos: se realiza en dos zonas que habitualmente son, columna lumbar (que comprenden desde la L1 a la L4) y fémur proximal. Si alguna de éstas dos zonas o áreas no fueran válidas por problemas como fracturas, hiperparatiroidismo etc se le añadiría el antebrazo.
-Niños y adolescentes: en menores de 20 años el área a estudiar será la columna o raquis lumbar.

Colocación del paciente y centraje:
Es conveniente que la posición sea correcta y estandarizada ya que en ésta técnica se debe reproducir exactamente igual en todos los controles sucesivos.
-Columna lumbar el paciente se sitúa en el centro de la mesa, en posición de decúbito supino con rodillas flexionadas sobre un soporte , con ello reducimos la lordosis y conseguimos que la columna quede más cerca de la mesa. el aparato

que usamos en nuestro hospital la adquisición va desde la parte inferior es decir desde L5 hasta D12. El centraje se realiza en el plano sagital medio, en un punto situado unos 5cm por debajo del ombligo o por debajo a un 1mm de las crestas iliacas.

-Cadera se puede realizar tanto de fémur derecho o izquierdo pero es conveniente analizar siempre la misma zona. el paciente se colocará en decúbito supino con la pierna en abducción es decir con la pierna ligeramente separa y en rotación interna unos 15 ó 30 grados.

-Antebrazo se somete a estudio el brazo no dominante. El paciente se colocará sentado al lado de la mesa de exploración con el antebrazo apoyado y con la mano en pronación se sujetarán con unas bandas. El centraje se realiza en medio de la muñeca a la altura de la estiloides cubital.

5 Discusión-Conclusión

El examen de densidad ósea es el mejor método disponible para diagnosticar osteoporosis y también se le considera un exacto estimador de riesgo de fractura. Ésta prueba es muy rápida e indolora para el paciente.

6 Bibliografía

1. Medineplus enciclopedia médica.
2. Hospital Universitario Central de Asturias.
3. https:www.dexeus.com

Capítulo 69

RADIOLOGÍA DENTAL

DOLORES LAGUNA DÍAZ

MARIA ROSARIO RIVERA GONZALEZ

MARÍA JOSÉ FAMOS FERNÁNDEZ

CRISTINA RODRÍGUEZ MANZANO

1 Introducción

El ser humano nace sin piezas dentarias. Su aparición suele ser a los 6 meses aproximadamente. Los dientes son órganos pequeños, duros, de color blanco amarillento, que se disponen en forma de arco en ambos maxilares, donde están insertados en unas cavidades llamadas alveolos.

2 Objetivos

Aportar información para que el técnico de rayos x pueda realizar las diferentes proyecciones dentales (que manda el médico) con total agilidad y conocimiento de las mismas, ya sean extraorales o intraorales, para su posterior diagnóstico (éste lo dará el médico especialista en la materia).

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A. Partes del diente:
-Corona es la zona visible del diente, que sobresale de la encía y está recubierta por el esmalte.
-Cuello o zona cervical se sitúa en el borde de la encía, dicho cuello se forma por la unión de la corona y la raíz.
-Raíz esta parte no es visible al ojo humano, ya que está introducida en el alveolo dentario de ambos maxilares, rodeada por el cemento dentario.

B. Estructura del diente:
La dentina es la sustancia esencial del diente, es un tejido calcificado, más duro que los huesos y menos duro que el esmalte. La dentina proporciona el color y ocupa la mayor parte del diente. está cubierta por el esmalte en la corona y por el cemento en la raíz. En una radiografía se observa la dentina con una densidad similar a la del hueso compacto, el esmalte tiene una densidad radiológica mayor y el cemento no se puede diferenciar.

C. ¿Cuántas denticiones tiene el ser humano?:
Existen dos denticiones que son:
-La dentición decidua, temporal o caduca (los llamados dientes de leche) compuesta por 20 piezas divididas en dos arcadas, la superior e inferior.
-Dentición permanente, compuesta por 32 piezas, comienza a los 6 años y termina con la salida de los terceros molares (son las llamadas muelas del juicio).

D. Función de los dientes:
Poseen tres funciones:
-Digestiva.
-Fonética.
-Estética.

E. Terminología:
Todo técnico de radiodiagnóstico debe conocerla y estar familiarizado con ella, para poder llevar acabo todas aquellas técnicas de radiología dental:

-Mesial.
-Distal.
-Vestibular.
-Lingual.
-Palatino.

F. Técnicas convencionales de radiología dental:
Se dividen en técnicas intraorales y extraorales dependiendo de si la película va dentro o fuera de la boca.
-Las técnicas intraorales incluyen:
1. La aleta de mordida (es una proyección bucolingual de las coronas y las crestas alveolares de los dientes superiores e inferiores). Dicha prueba se realizará para el estudio de caries o alteraciones en la pulpa.
2. Periapicales (es una proyección bucolingual de los dientes, de la membrana periodontal y del hueso circundante). A diferencia de la anterior se estudian por separado las piezas superiores e inferiores.
3. Oclusales ésta técnica ha caído ya en desuso.
-Las técnicas extraorales:
1. Incluyen la telerradiografía lateral de cara y cráneo. Cefalometría es una proyección lateral de la extructuras óseas del macizo facial y de las partes blandas de la cara. Está indicada para aquel paciente que vaya a realizarse una ortodoncia, tanto para el diagnóstico inicial como para el tratamiento y el seguimiento de los resultados por ésto es bueno tener varias radiografías sucesivas para poder compararlas.
2. Ortopantomografía es la más utilizada en la actualidad. Es muy útil ésta técnica para cirugía maxilofacial y muy frecuente en odontología. Es la más demandada porque es una proyección fácil de hacer, el paciente recibe muy poca radiación, con un sólo disparo y por tanto en una sóla imagen se visualizan las dos arcadas dentales enteras y los téjidos de soporte.
Ésta técnica está indicada para fracturas mandibulares, estudio de la ortodoncia, identificación de lesiones óseas, articulaciones temporomandibulares y senos maxilares.

5 Discusión-Conclusión

El técnico debe en cualquier situación realizar y conocer correctamente las proyecciones dentales tales como centraje y manejo del aparato.

6 Bibliografía

- Libro Ros Mendoza J.H, Mayayo Simués E, Cañete Celestino E. Radiología dental. Editorial Médica Panamericana.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 70

LA IMPORTANCIA DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN LA REALIZACION DE UNA RESONANCIA MAGNÉTICA CARDÍACA

SONIA IGLESIAS BARDIO

MARIA MIRYAM GARCIA COLADO

MARÍA DEL ROCÍO GONZÁLEZ SARO

YOLANDA GUTIERREZ PUERTA

1 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares en general, y la cardiopatía isquémica en particular, constituyen la principal causa de muerte en nuestra población y son responsables del 10-12% de la mortalidad por todas las causas, por lo que el diagnóstico adecuado de estas enfermedades adquiere una relevancia especial. Además de la anamnesis, la exploración física y el estudio electrocardiográfico, con frecuencia se requieren técnicas de imagen para este propósito.

A lo largo de las últimas décadas, el desarrollo técnico se ha traducido en la creación de técnicas de imagen inocuas (no invasivas) como la ecocardiografía, la resonancia magnética (RM) cardíaca y la tomografía computarizada (TC) cardíaca

que, progresivamente, se están imponiendo en la práctica clínica diaria. La ecocardiografía continúa siendo la técnica de primera elección para el diagnóstico y control evolutivo de múltiples enfermedades cardíacas. Sin embargo, la RM se considera la exploración complementaria a la ecocardiografía cuando ésta no es concluyente por el tipo de patología cardíaca o por dificultades técnicas y se considera la técnica de primera elección para el estudio de algunas patologías cardíacas.

Desde el punto de vista técnico la RM presenta unas características que hacen que esta herramienta se pueda considerar como la exploración idónea para el estudio de la patología cardiovascular en general: es una técnica inocua, el paciente no se expone a radiaciones ionizantes y permite obtener imágenes en cualquier plano con alta resolución espacial y con una excelente capacidad de diferenciación tisular sin necesidad de emplear contraste intravenoso. Desde su implantación en la práctica clínica habitual, es cada vez mayor el número de indicaciones clínicas para las que se considera de gran utilidad la RM cardíaca.

Además de la cuantificación de la función cardíaca, la valoración de la perfusión y viabilidad miocárdica en pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica constituye una de las indicaciones de mayor relevancia clínica. Otras indicaciones de gran interés incluyen el estudio de: enfermedad valvular, miocardiopatías, enfermedad pericárdica (pericarditis constrictiva), masas cardíacas, cardiopatías congénitas (pre y postcirugía) y vascularización coronaria.

2 Objetivos

Mostrar la importancia del Técnico Superior en Imagen para el diagnóstico en la realización de una resonancia magnética cardiaca.

3 Metodología

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

4 Resultados

Objetivos de la resonancia magnética cardiaca:
-Obtener imágenes dinámicas en las diferentes fases del ciclo cardiaco, evaluando así la anatomía y el funcionamiento.
-Sincronizar ECG para posibilitar la obtención de imágenes cardíacas en momentos concretos del ciclo.
-Realizar mediciones exactas de la función, volumen miocárdico y masa ventricular del ventrículo izquierdo y del derecho.
-Demostrar aneurismas y áreas de adelgazamiento de la pared así como el remodelado miocárdico secundario a infartos de miocardio previos.

Se utiliza un equipo de resonancia magnética de 1.5T, inyector de contraste y bobina. Durante la exploración el paciente se colocará en la mesa en decúbito supino con los brazos a lo largo del cuerpo y la cabeza hacia en gantry. Una vez situado, se canalizará un acceso venoso para la posterior carga de contraste. Al ser una zona en constante movimiento se colocan unos electrodos para establecer un sincronismo cardiaco y obtener imágenes en fases concretas del ciclo cardiaco. Durante el estudio se obtienen imágenes en los tres planos y diferentes ejes. A continuación, mediante un inyector se hace pasar el contraste y se obtienen de nuevo las imágenes. En este estudio utilizaremos principalmente secuencias de sangre negra basadas en Spin- Eco(SE) o Turbo Spin Eco (TSE).

La resonancia magnética cardíaca, a través de las imágenes de alta resolución, brinda una excelente caracterización de los tejidos del corazón. Los múltiples planos y orientaciones disponibles permiten determinar la extensión, localización y movilidad de las estructuras cardíacas así como valorar la dinámica de los flujos intracavitarios.

5 Discusión-Conclusión

Las aplicaciones cardíacas de la resonancia magnética son cada vez más numerosas. Esta técnica diagnóstica se perfila como la técnica idónea complementaria a la ecocardiografía convencional, tanto para valorar enfermedades del miocardio como para establecer la extensión de la afectación secundaria a cardiopatía isquémica, estudiar la anatomía y los cambios postquirúrgicos de las cardiopatías congénitas, realizar estudios valvulares, etc. Sin duda, la RM cardíaca es una técnica en continuo desarrollo y es posible que, en un futuro reciente, destaque como

la exploración de primera elección para el diagnóstico de múltiples enfermedades cardíacas.

6 Bibliografía

1. https://www.elsevier.es/es-revista-cardiocore-298-articulo-valor-diagnostico-resonancia-magnetica-cardiaca-S1889898X11000107?code=D5qXgcLPutnHJGlsx3OUpVmi6Tf0Z9&newsletter=true
2. https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=cardiacmr
3. https://www.elsevier.es/es-revista-cardiocore-298-articulo-valor-diagnostico-resonancia-magnetica-cardiaca-S1889898X11000107

Capítulo 71

LA IMPORTANCIA DE LOS LIMITES DE DOSIS EN LAS DISTINTAS SALAS DE RADIOLOGÍA PARA EL TÉCNICO EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

SONIA IGLESIAS BARDIO

MARIA MIRYAM GARCIA COLADO

MARÍA DEL ROCÍO GONZÁLEZ SARO

YOLANDA GUTIERREZ PUERTA

1 Introducción

Con el uso de las radiaciones ionizantes en uso clínico surge la necesidad de proteger a al personal expuesto, trabajadores, pacientes, personas de paso, etc., por lo que es necesario la limitación de zonas con una correcta señalización del servicio de radiodiagnóstico que evite accidentes o exposiciones a radiación ionizante innecesarias.

2 Objetivos

Dar la información gráfica del riesgo de irradiación o contaminación en cada área del servicio de radiología.

3 Metodología

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

4 Resultados

En estos servicios donde hay presencia de radiaciones ionizantes y por lo tanto riesgo de exposiciones a las mismas, lo primero que debemos realizar es una medición de los niveles de radiación ambiental. Se obtiene mediante una dosimetría de área que lo que mide es la exposición en el aire durante el tiempo de exposición radiográfica o durante la escopia (emisión de rayos X durante un tiempo continuo, no como una radiografía que es un único disparo).

Las clasificaciones de los lugares de trabajo en las zonas establecidas deberán estar siempre actualizadas según las condiciones reales existentes. Por lo que el supervisor de la instalación debe ser el encargado de revisar las condiciones en las distintas zonas. Para la diferenciación de las zonas se van a utilizar señales de riesgo de irradiación, las cuales, deberán estar colocadas en la puerta de acceso a la sala con una forma y tamaño visible.

-Zona de acceso libre: se puede permanecer en ella sin superar la décima parte de los límites de dosis establecidos por el personal profesionalmente expuesto (PPE) Gris azulado: zona vigilada. Se puede superar la décima parte, pero es poco probable llegar a los 3/10 del PPE.

-Verde: zona controlada. Se puede permanecer en ella sin superar la décima parte de los límites de dosis establecidos para los PPE.

-Amarillo: zona de permanencia limitada. Riesgo de superar el límite de dosis a lo largo de un año laboral.

-Rojo: zona de acceso prohibido. Riesgo de superar el límite de dosis en una sola exposición.

Con una correcta señalización de las diferentes áreas del servicio de radiodiagnóstico garantizamos que la dosis recibida por el público y los trabajadores expuestos se encuentre por debajo de los límites de dosis establecidos.

5 Discusión-Conclusión

Una instalación con uso de radiaciones ionizantes como es el servicio de rayos debe cumplir los requisitos de protección radiología establecidos, para lo que tenemos un supervisor de la instalación que es el responsable de las actuaciones ante cualquier accidente que pueda ocurrir. Las zonas en las que están los aparatos, es decir, las fuentes que emiten los rayos X deben tener los blindajes adecuados, son servicios que se alojan lejos de zona de paso de los pacientes y con plomo recubriendo las paredes para que no haya riesgo de radiación de fuga, por lo tanto, debemos optimizar los blindajes, maximizar la distancia de las fuentes radiactivas y minimizar el tiempo de exposición. Para ello es muy importante que toda persona que visite el servicio de radiodiagnóstico sea capaz de reconocer e identificar los peligros de la radiación y a su vez de respete las señales de advertencia. Con ello evitaremos irradiaciones innecesarias y accidentes.

6 Bibliografía

1. https://www.csn.es/images/stories/publicaciones/otras_publicaciones/pr_sanitario.pdf
2. https://www.aragon.es
3. https://proteccionradiologica.wordpress.com/2010/01/11/unidades-de-radiodiagnostico/
4. https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1325070028.pdf
5. http://www.cuidamostusalud.org/interior.asp?id=219

Capítulo 72

IMPORTANCIA DE LA IMAGEN DIAGNÓSTICA EN EL PECTUS EXCAVATUM Y SU CORRECCIÓN QUIRÚRGICA GUIADA POR ESCOPIA

MARÍA DEL ROCÍO GONZÁLEZ SARO

YOLANDA GUTIERREZ PUERTA

SONIA IGLESIAS BARDIO

MARIA MIRYAM GARCIA COLADO

1 Introducción

El Pectus Excavatum o pecho hundido es una deformación del tórax que se caracteriza por una depresión medial o lateralizada del esternón.

Da lugar a una reducción del espacio prevertebral, al desplazamiento hacia la izquierda y rotación del corazón y a la reducción del espacio pulmonar izquierdo.

En la radiografía de tórax PA el corazón aparece desplazado hacia la izquierda y no se visualiza el borde cardíaco derecho, se observa la reducción del volumen pulmonar izquierdo y el desplazamiento de la vía aérea.

En la radiografía lateral del tórax se observa la malformación, una depresión cóncava del esternón que produce una disminución importante del diámetro anteroposterior del tórax.

Habitualmente se utiliza el TAC o la RM para valorar el grado de deformidad (Índice de Haller o Índice de severidad del pectus), que divide el diámetro transversal del tórax entre el diámetro anteroposterior.

El PSI normal está en 2,56 +- 0,35 SD. Si el PSI es mayor de 3,25, estará indicada una corrección quirúrgica.

El Pectus Excavatum produce compresión cardíaca hasta en el 80% de los pacientes. El corazón, en estos casos, se encontraría aplastado por el esternón contra la columna. Los pulmones se encuentran desplazados y la disminución del espacio junto a la mala dinámica de la caja torácica, pueden repercutir en la capacidad pulmonar en hasta un 30% de los pacientes.

Esta circunstancia se observa claramente mediante estudios de TC y RM.

El ecocardiograma nos mostraría alteraciones en la posición y en la configuración tridimensional del corazón.

2 Objetivos

- Dar a conocer una malformación torácica congénita que afecta entre el 1% y el 2% de la población y que tiene una mayor incidencia en varones.
- Mostrar la importancia y necesidad de un estudio clínico radiológico a la hora de optar por una corrección quirúrgica, o no, y decidir el tipo de cirugía necesaria.
- Presentar una técnica mínimamente invasiva utilizada en la mayor parte de los casos para corregir esta malformación: La técnica de Nuss.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo nos hemos basado en la información obtenida en nuestro trabajo hospitalario y consultando casos de pacientes entre 15 y 17 años con los cirujanos y demás especialistas que los trataban. Todo ello apoyado con el uso de manuales y páginas Web de radiología, cirugía torácica, malformaciones congénitas etc.

La Técnica de Nuss consiste en colocar una prótesis metálica retroesternal que se fija en la cara lateral de las costillas. La edad más adecuada será entre los 8 y los 15 años.

Se introduce una cámara en la cavidad torácica, posteriormente se atraviesa el tórax con una vara que penetra por un pequeño orificio en el hemitórax y tras pasar tras el esternón se saca por otro orificio en el hemitórax contrario.

Mediante toracoscopia se introduce una guía que marcará el camino para la colocación de la prótesis. La prótesis tiene la misma concavidad que el tórax pero se introduce con la convexidad hacia arriba de modo que al girarla 180º el esternón protruye y de esta forma desaparece la excavación del tórax.

La prótesis queda fijada por sujeciones laterales y debe permanecer colocada durante 3 años, al cabo de los cuales podrá retirarse sin riesgo a recidivas.

4 Resultados

Tiene ventajas estéticas, con cicatrices mínimas y poco visibles, poca pérdida de sangre, tiempo quirúrgico corto (40 minutos) y reincorporación rápida a las tareas habituales.

5 Discusión-Conclusión

Dado que es la malformación torácica más frecuente y que la regresión espontánea o cualquier mejoría parcial es infrecuente; las ventajas de esta técnica son indudables, ya que aprovecha la elasticidad del propio cuerpo sin exéresis de cartílagos ni fracturas óseas.

6 Bibliografía

- https://radiopaideia.org
- http://radiologiaeninternet.blogspot.com

Capítulo 73

LA IMPORTANCIA DE LA ECO-DOPPER DE PENE EN LA EVALUACIÓN DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL DE ORIGEN VASCULAR

MARÍA DEL ROCÍO GONZÁLEZ SARO

YOLANDA GUTIERREZ PUERTA

SONIA IGLESIAS BARDIO

MARIA MIRYAM GARCIA COLADO

1 Introducción

La mayoría de los casos de disfunción eréctil es de origen vascular. La eco-doppler de pene es uno de los estudios más útiles en la evaluación de esta patología, diagnosticando a los pacientes con insuficiencia vascular de origen venoso o arterial.

El pene está formado por 3 cuerpos: 2 cavernosos y uno esponjoso. Los cuerpos cavernosos están situados en la parte dorsal del pene y constituyen un par de columnas de tejido eréctil, que se llenan de sangre durante la erección. Están repletos de miles de arterias y venas pequeñas que forman los espacios vasculares. La arteria más importante para la erección es la arteria cavernosa que atraviesa los cuerpos cavernosos en todo su espesor. Estos están separados entre sí por un tejido llamado albugínea y que es la implicada en los problemas de curvatura del

pene. El cuerpo esponjoso se sitúa en la parte ventral del pene, y es donde se encuentra la uretra.

2 Objetivos

Analizar la utilidad diagnóstica de esta prueba como técnica menos invasiva en la evaluación de la disfunción eréctil de origen vascular.

3 Metodología

Este trabajo está basado en diversos casos clínicos de varones con edades comprendidas entre 50 y 60 años que hemos extraído de diferentes revistas digitales radiológicas y de urología. Además hemos complementado con datos observados en nuestro trabajo como TSID participando en la realización de esta técnica:
-El paciente se tumba en la camilla y comienza el estudio en condiciones basales, es decir, en flacidez.
-La prueba en erección se realiza inyectando en el pene de 10 a 20 microgramos de prostaglandina.
-Se valorará la respuesta a los 10, a los 20 y a los 30 minutos.

Durante la erección se produce la relajación del músculo liso y sinusoides y la consecuente entrada de sangre. La distensión sinusoidal y compresión de las venas emisarias limita el drenaje venoso.

4 Resultados

La eco-doppler de pene con inyección de prostaglandina valora la capacidad vascular y estructural del pene para relajar el músculo liso que permitirá el aflujo y atrapamiento de sangre en el interior de los cuerpos cavernosos (rigided peneana).

Evaluación de parámetros vasculares:
-Diámetro de las arterias cavernosas (0,2-1 mm), velocidad arterial sistólica pico (VPS), osea, la velocidad de sangre de entrada en las arterias cavernosas, velocidad arterial al final de la diástole, mínima velocidad telediastólica (VTD), velocidad de salida de sangre del sistema venoso, tiempo de elevación sistólica, tiempo de aceleración de las arterias cavernosas y el índice de resistencia vascular.

-Una VPS constantemente mayor de 30cm/seg define un flujo de entrada normal en las arterias cavernosas.
-Una VPS menor de 25cm/seg indica una insuficiencia arterial y un VTD menor de 5cm/seg , sugiere fuga venosa, es decir, fracaso veno-oclusivo (el sistema venoso debe cerrarse para lograr una erección adecuada). La persistencia de flujo diastólico significa que no hay aumento de presión intracavernosa.

5 Discusión-Conclusión

El test con prostaglandina valorado con eco-doppler nos va a permitir una orientación diagnóstica en la disfunción eréctil. Permite obtener información sobre el estado vascular del pene, define y determina la gravedad y aporta información pronóstica de utilidad en el seguimiento y tratamiento eficaz de estos pacientes.

6 Bibliografía

- http://radiologiaeninternet.blogspot.com
Investigation of erectile dysfunction. The British Institute of Radiology. January 28, 2014.
- https://doctorpeinado.com/blog/
Ecografía Doppler Dinámica de pene.

Capítulo 74

ACTUACIÓN ANTE LA REALIZACIÓN DE UN TAC PULMONAR A UNA MUJER

LAURA DIAZ MAYO

RAQUEL GONZALEZ GARCIA

1 Introducción

Tras la llegada de la paciente a la sala de espera le daremos el consentimiento informado oportuno para la prueba que realizara. En el se le explicara en que consiste la prueba, sus inconvenientes además de preguntas concretas como si tiene posibilidad de estar embarazada, si está en periodo de lactancia, si está en ayunas, etc. Es necesaria esta última pregunta para la utilización de contraste en caso de que el radiólogo considere oportuno su administración para un mejor diagnóstico.

Tras este formulario el paciente será trasladado a la sala del TAC, la cual está perfectamente diseñada, blindada y totalmente señalizada ante la radiación. Se le indicara a la paciente que debe de retirar todas las joyas además de la ropa de cintura hacia arriba. Se colocara en decúbito supino con los brazos hacia la cabeza y se le indicara que debe de coger y mantener el aire durante unos segundos cuando el equipo se lo indique, algo imprescindible para la correcta realización del estudio. Centramos el equipo en el cuello.

Tras esto, es muy importante cerrar la puerta de la sala y dirigirnos a la consola del TAC, desde ahí realizaremos toda la prueba y en todo momento estaremos

viendo y escuchando que la paciente se encuentra bien además de hablarle para que este calmada y la prueba se realice bien a la primera y así no tener que repetirla incrementando así la exposición a RX.

Debemos elegir bien los parámetros del equipo adecuados a las características de la paciente para obtener la calidad necesaria de las imágenes para su utilización en el diagnóstico. Debemos reducir el tamaño de la zona del organismo que se irradia, imitándola, siempre que sea posible, en este caso desde el cuello hasta la parte inferior de las costillas. Eligiéremos el sistema de imagen adecuado, de forma que se obtenga la mejor calidad con el mínimo de exposición para la paciente.

Mostraremos al radiólogo encargado el estudio en las diferentes ventanas, para confirmar si necesita contraste además de contrastarlo con los antecedentes y el motivo de por que le piden el estudio. De no ser así, entraremos en la sala del TAC y ayudamos a la paciente a incorporarse le indicaremos cuando puede acudir a la consulta de su Dr. Al no ser necesario el contraste no será necesario indicarle que debe de beber mayor cantidad de la habitual de agua por lo que ya le podemos indicar la puerta de salida sin que entre en la sala equivocada.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Exponer los pasos a llevar a cabo para la realización de un TAC

Objetivos secundarios:
-Proteger a la paciente y a todo el entorno en este caso el personal sanitario de la radiación ante sus efectos nocivos.
-Informar a la paciente que se está exponiendo a una cantidad de radiación con efectos nocivos para su salud y sobre todo en caso de estar embarazada o tener posibilidad de ello o estar en periodo de lactancia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbed, Medline y Sci-

elo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El resultado es la realización de un estudio a la paciente con la mayor calidad de imagen para un correcto diagnóstico, evitando la sobre exposición a radiación, además de evitar la administración de otras sustancias como el gadolinio también perjudicial para la salud.

5 Discusión-Conclusión

Los equipos de radiología, en este caso el TAC o TC vienen adaptados para evitar la exposición a radiaciones ionizantes. De todas formas, en el cuestionario previamente realizado a la paciente debemos confirmar cuando se realizó la última prueba de estas características, evitando así la realización de varias pruebas de RX innecesarias.

6 Bibliografía

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

Capítulo 75

RADIACIONES IONIZANTES Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

MARCOS MACHO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Tanto en el diagnóstico por imagen como en el tratamiento, el uso de radiaciones, actualmente, es algo muy común y ampliamente extendido. Las radiografías, los TC, las densitometrías, etc. y demás, se utilizan como pruebas rutinarias prácticamente en cada hospital.

Ahora, ¿Qué son las radiaciones ionizantes?
La radiación se define como la emisión y propagación de energía, a través de un medio material o del vacío, bien en forma de onda electromagnética (rayos x, rayos ɣ, etc.) o bien en forma de partícula, con masa (α, neutrones, protones, etc.).

Las radiaciones electromagnéticas (REM) son las que no poseen ninguna masa. Poseen un amplio espectro, que atiende a su cantidad de energía. Dependiendo de esta se ordenan de menor a mayor energía en: radiofrecuencias, microondas, infrarrojos, luz visible, luz ultravioleta, rayos x, y rayos ɣ.
-Radiofrecuencias: efecto fototérmico, en medicina se utiliza la onda corta (es una radiofrecuencia de alta frecuencia con efecto físico de aumentar la temperatura en tejidos profundos) y en resonancia magnética para el precesado.
-Microondas: efecto fototérmico, en medicina se utilizan como medio terapéutico por su efecto térmico y trófico sobre tejidos.
-Radiación Infrarroja: efecto fototérmico (superficial, no más de 3 cm de profundidad sobre los tejidos), en medicina se utilizan en termoterapia (gracias a su efecto

trófico), fototerapia (para inactivar o matar algunas sustancias toxicas sobre la piel), diagnostico (termografía infrarroja, determina ciertos procesos dependiendo de su temperatura) y en medicina forense (calcular la hora de la muerte).
-Luz visible: efecto fotolumínico, aplicaciones cotidianas.
-Radiación ultravioleta: efecto fotoquímico, en medicina se usa como medio esterilizante ya que actúa sobre los gérmenes.
-Rayos x: surgen de fenómenos extranucleares, a nivel de la órbita electrónica, fundamentalmente producidos por desaceleración de electrones. Ampliamente utilizados en el diagnóstico.
-Rayos gamma (γ): son radiaciones de origen nuclear, que surgen por la desexcitación de un nucleón a un nivel de menor energía, y en la desintegración de isótopos radiactivos. En el ámbito de la medicina se utilizan para la esterilización de materiales, en el diagnóstico (tomografías y PET) y en el tratamiento de algunos tipos de cáncer.

Se puede calcular la energía de estas y su longitud de onda (energía y longitud de onda son inversamente proporcionales), gracias a que su velocidad de propagación es constante (la velocidad de la luz). Por otro lado, están las radiaciones corpusculares (o articuladas), que son formas de propagación de energía asociadas a una masa. Pueden ser:
-Alfa (α): Átomos de Helio (2 protones y 2 neutrones). Todas tienen la misma velocidad y energía. Escasa penetración, se frenan con una hoja de papel.
-Beta – (β-): Emisiones de electrones, estables en la naturaleza. Algo más penetrantes, se frenan con una lámina de metal.
-Beta + (β+): Emisiones de positrones, altamente inestables, al unirse a un electrón producen radiación γ.
-Neutrones (n): Emisiones de neutrones, poca penetrabilidad. Uso en radioterapia dermatológica (afecciones cutáneas).

Los usos de las radiaciones corpusculares son múltiples. Desde la investigación (en el estudio del microcosmo de las subpartículas atómicas), hasta la medicina (se utilizan en el diagnostico en pruebas como el PET, gracias al proceso de aniquilación de positrones, y en terapia, tanto en medicina nuclear, electroterapia y sobretodo radioterapia, con aplicaciones de diferentes radionúclidos).

Otra forma de clasificar las radiaciones es atendiendo a su capacidad de interaccionar con la materia e ionizarla. Se pueden clasificar en:
-Radiaciones ionizantes: son aquellas con la energía suficiente para interactuar con un átomo de la materia e ionizarlo. La ionización en la capacidad de intro-

ducir una carga en un átomo neutral (estable), provocándole salto electrónico y la salida de un electrón del mismo, haciéndolo inestable.
-Radiaciones no ionizantes: no poseen la energía suficiente para ionizar. Son, fundamentalmente, de tipo electromagnético, como la ultravioleta, la luz visible, las infrarrojas, microondas y radiofrecuencias.

La energía que posea la onda o la partícula va a ser clave a la hora de interactuar con la materia, y dependiendo de esta se van a dar diferentes tipos de interacción. En cuanto a las radiaciones electromagnéticas, las interacciones pueden ser de 2 tipos:
-Colisiones elásticas: choca con la materia, pero no le cede su energía, simplemente cambia de dirección. Ocurre con radiaciones poco energéticas. También llamada dispersión clásica, coherente, o de Thompson.
-Colisiones inelásticas: choca con la materia y le cede energía (toda o parte de ella), pudiendo provocar cambios estructurales. Estas pueden ser a su vez:
-Efecto fotoeléctrico: radiaciones de energía media, cercana a la de enlace del electrón con el que interactúa. Cede toda su energía, causante de la radiación característica. Este efecto es beneficioso a la hora de producir la imagen en diagnóstico (gracias a la atenuación).
-Efecto Compton: radiaciones de alta energía. Cede parte de su energía. Causante de la radiación dispersa.
-Producción de pares: radiaciones superenergéticas (≥1022 Mev). Útil en Medicina Nuclear y Radioterapia.

Las interacciones de la materia con las radiaciones corpusculares pueden ser de 3 tipos: Colisión elástica (la partícula se desvía al interactuar, cediendo algo de energía, pero sin alterarlo), colisión inelástica (al chocar le cede energía e ioniza al átomo, provocando además radiación característica) o colisión radiactiva (colisiona cerca del núcleo atómico, sufre una desviación de la trayectoria considerable, y provoca radiación de frenado).

Las radiaciones ionizantes, debido a su alta energía, al interaccionar con la materia puede provocarle diferentes efectos (ionización, fluorescencia, efectos térmicos, etc.). Esto cobra gran importancia cuando interacciona con la materia viva.

Al ionizar al átomo con el que choca, le provoca un estado de inestabilidad, del cual se recupera recobrando los electrones perdidos o desencadenando una serie de reacciones que conlleven un efecto biológico, el cual se puede manifestar en forma de daño o lesión, y cuya gravedad dependerá del órgano y del número de células afectadas. Fases de la interacción: Fase física (ionización), fase química

(reacciones moleculares), y fase biológica (cambios moleculares). Las consecuencias de la radiación sobre la materia viva dependerán sobre todo del tipo de radiación, de la dosis, y del órgano o tejido al que afecten.

Las radiaciones ionizantes, tanto en diagnóstico, como en tratamiento, debido a sus características y efectos, pueden ser ampliamente aprovechados para el beneficio humano. Eso sí, sin olvidar todos los efectos secundarios que pueden provocar. Estos efectos pueden ser de dos tipos:

-Efectos estocásticos (aleatorios): efectos tardíos, que se manifiestan un largo tiempo después de haberse producido la lesión. Se dan como consecuencia de irradiaciones puntuales, y su aparición es completamente aleatoria, es decir, puede producirse o no. A mayor número de exposiciones, mayor probabilidad de que aparezcan. Un ejemplo es un tumor radioinducido.

-Efectos no estocásticos (deterministas): efectos inmediatos, que responden a una dosis umbral, es decir, que por encima de esa dosis, su aparición es segura. Ejemplos de estos daños son las cataratas radioinducidas o la radiodermitis.

Evitar los efectos no estocásticos y limitar las posibilidades de los estocásticos es el principal objetivo de la protección radiológica, y para ello es imprescindible el establecimiento de normativas para la regulación y el control del uso de las radiaciones ionizantes.

Dicha normativa se asienta en:

-La responsabilidad de los fabricantes, a construir aparatos con las condiciones de seguridad necesarias y adaptadas a la reglamentación.

-La responsabilidad de los propietarios (o titulares), a proporcionar todos los medios de seguridad necesarios, así como la información adecuada de su uso.

-La responsabilidad de los centros de dosimetría, en la medición precisa de la dosimetría de los trabajadores.

-La responsabilidad de los servicios de protección radiológica y del supervisor, y en su función de asesorar al titular en materia de protección.

-La responsabilidad del operario, en hacer un uso adecuado de los aparatos a su disposición.

En España las dos leyes básicas en el uso de la Energía Nuclear son la Ley 25/1964 sobre energía nuclear y la Ley 15/1980 sobre la creación del Consejo de Seguridad Nuclear (CSN). A partir de ella, se desarrollan varios Decretos y Reglamentos, entre los que se puede destacar el Real Decreto 783/2001 de 6 de julio, del Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes, en el cual se establecen los límites de dosis permitidos, la clasificación de las zonas depen-

diendo del riesgo, etc.

Además de estas normas, existen diferentes guías de apoyo en la aplicación práctica de los aspectos legales, como son la guía del CSN, las normas UNE y las publicaciones de ENRESA y del CIEMAT.

A nivel europeo, el Euratom (Tratado europeo especializado en esta materia) recoge las directivas emanadas por el Parlamento, y establece una serie de normas básicas uniformes dirigidas a la protección radiológica, las cuales deben ser cumplidas a nivel nacional, entre las que destaca sobre todo la Directiva 2013/59/Euratom, de 5 de diciembre, por la cual se establecen las normas de seguridad básicas ante la exposición a radiaciones ionizantes.

En el ámbito diagnóstico, el uso de estas radiaciones está ampliamente extendido, debido a sus beneficios en cuanto al aporte de información (radiografías, tomografía computarizada, densitometrías, etc.).

Como ya hemos visto, las radiaciones ionizantes pueden provocar cambios y daños en las personas que la reciben, y es por ello que, teniendo en cuenta sus beneficios y explotando al máximo sus virtudes, se deben de tomar precauciones y prevenciones para que los daños sean los mínimos posibles, tanto para trabajadores como para pacientes.

La protección radiológica se define como "la ciencia y arte de proteger a los seres humanos y a su ambiente de los riesgos de la radiación ionizante".

En 1928 nace la ICRP (Comisión Internacional de Protección Radiológica) con el objetivo de elaborar normas y recomendaciones sobre la protección radiológica.

En 1977 exponen el sistema de limitación de dosis, el cual se basa en 3 puntos:
-Justificación: evalúa el coste-beneficio del uso de la radiación. Toda exposición a radiaciones ionizantes debe estar justificada, el beneficio de dicha exposición debe ser siempre mayor al perjuicio que esta pueda causar sobre la persona.
-Optimización: es la demostración de un máximo beneficio en el análisis coste-beneficio, es decir, alcanzar el máximo beneficio con la menor cantidad de radiación en cada una de las exposiciones. Para ello se aplica el criterio ALARA, cuyas siglas en inglés son "as low as reasonably achievable", que se traducen como "tan bajo como sea razonablemente posible, y el cual sigue 3 criterios básicos: Distancia (a mayor distancia de la fuente radiactiva, menor dosis recibida, siguiendo la ley del inverso del cuadrado de la distancia), blindaje (barreras entre la fuente de radiación y la persona) y tiempo (menor tiempo de exposición,

menor dosis recibida).
-Límites de dosis individualizados: establecimiento de unos máximos de dosis de radiaciones ionizantes, para prevenir los daños seguros (deterministas) y limitar la posibilidad de daño por efectos probabilísticos (estocásticos).

Las normas de protección radiológica se deben aplicar dependiendo, primero del punto de vista de las personas expuestas (a nivel ocupacional, personal profesionalmente expuesto, a nivel poblacional, público en general, y por ultimo a nivel médico, los pacientes), y segundo desde el punto de vista de la fuente (externa, las medidas de protección se basan en los principios distancia, tiempo y blindaje, o interna).

Protección radiológica del propio operador:
-No dirigir el haz directo ni a ventanas, ni al puesto de control, ni a la cámara oscura.
-Permanecer en la zona protegida durante el disparo radiográfico,
-Colimar adecuadamente (reducción de la radiación dispersa), y permanecer fuera del haz directo y lo más alejado del tubo que sea posible.
-Registrar cualquier eventualidad.
-En caso de ser imprescindible tener que sujetar al paciente durante la exploración, usar los debidos protectores (guantes, delantal plomado, etc.).

Protección radiológica del paciente:
-Utilizar protectores gonadales siempre que las gónadas entren dentro del haz primario o estén a menos de 5 centímetros del mismo (siempre que no se omita información imprescindible para la prueba).
-La distancia foco-piel nunca debe ser inferior a 45 cm.
-Colimación adecuada (reducción de dosis sobre el mismo).
-Debe recibir las instrucciones necesarias para facilitar el desarrollo de la prueba, evitando así en muchas ocasiones que haya que repetirla.
-Registrar cualquier eventualidad.
-Realizar siempre que sea posible las proyecciones de cráneo de manera posteroanterior, disminuyendo así la dosis sobre el cristalino.
-En casos de embarazadas, cualquier prueba radiográfica debe estar proscrita, y salvo cuestión imprescindible, en pruebas no obstétricas, nunca se debe radiar el abdomen. Se entiende como mujer gestante cualquier mujer, en edad fértil, sin la llegada de una regla esperada.
-Cuando sea necesario inmovilizar al paciente se utilizarán sujeciones mecánicas. Si esto no fuera posible, la inmovilización la realizará el operador, en turnos rota-

torios, nunca siendo una mujer gestante ni un menor de 18 años quien lo realice, y evitando en lo posible la exposición al haz directo.
Protección radiológica del público:
-Se entiende como público a los acompañantes de los pacientes, personal sanitario no profesionalmente expuesto (facultativos, enfermeros…), personal no sanitario, personal de mantenimiento, visitadores médicos, etc.
-Las medidas de protección se basan esencialmente en parámetros estructurales (en el adecuado diseño del servicio y de las barreras de protección).

Blindajes: Son materiales que se interponen entre la radiación y la persona, evitando o disminuyendo así la exposición. Dependiendo del tipo de radiación se utilizará un tipo de blindaje u otro.
-Radiación α: no se necesita blindaje, ya que a nivel externo no tiene ningún peligro. A nivel interno sí que es muy peligrosa, por lo que las medidas de protección se basan en evitar la contaminación (inhalación, ingestión o heridas).
-Radiación β: más penetrante que la α, siendo efectivo un material ligero como el plástico o el vidrio (estos evitan también, al tener bajo peso atómico, que se produzca radiación de frenado). En caso de que la fuente tenga mucha actividad, se debe blindar con un material ligero por dentro (plástico o vidrio) y con uno muy pesado por fuera (plomo). Muy peligrosa a nivel interno, por contaminación.
-Radiación γ: muy penetrante, siguiendo la ley de atenuación exponencial (ley que indica que la intensidad de la radiación es inversamente proporcional al cuadrado de la distancia de la misma). Se requieren materiales muy pesados, como el plomo o el hormigón.

Medidas de protección en Medicina Nuclear:
-Ante riesgo de irradiación externa: seguir las pautas de distancia, tiempo y blindaje.
-Ante riesgo de irradiación interna (contaminación): utilizar sistemas de confinamiento (las instalaciones deben ser lugares cerrados), de estanqueidad (las habitaciones o salas deben ser estancos unos de otros) y de ventilación (sin recirculación, con filtros de extracción, con un flujo de zona fría a zona caliente, con la toma de aire a una altura determinada, con un número e renovaciones de aire directamente proporcional al riesgo de contaminación, y que en caso de accidente, la desconexión del sistema sea automática).

2 Objetivos

Realizar una revisión bibliográfica sobre las radiaciones ionizantes y la protección radiológica.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

1. https://www.csn.es/proteccion-radiologica
2. https://www.csn.es/normativa-del-csn/normativa-espanola
3. https://www.insst.es/
4. Volumen 1 Tecnico Especialista en radiodiagnóstico Editorial MAD

Capítulo 76

DAÑOS BIOLÓGICOS POR RADIACIONES IONIZANTES Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

MARCOS MACHO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Tanto en el diagnóstico por imagen como en el tratamiento, el uso de radiaciones ionizantes es algo ampliamente extendido. Las radiografías, los TC, las densitometrías, etc. y demás, se utilizan en la actualidad como pruebas rutinarias. Pero las radiaciones ionizantes, además de todos los beneficios que pueden aportar, también son muy peligrosas. Son aquellas con la energía suficiente para interactuar con un átomo de la materia e ionizarlo, introduciendo una carga en un átomo neutral (estable), y provocando un salto electrónico y la salida de un electrón del mismo, haciéndolo inestable. Cuando interaccionan con el ser humano, se dan una serie de fases:

-Fase física: se produce la ionización de los átomos y la formación de pares iónicos.
-Fase molecular: como consecuencia de la formación de pares iónicos se producen reacciones moleculares en cadena.
-Fase biológica: por último, como consecuencia de los cambios moleculares se pueden producir cambios biológicos (daño o lesión).

Las consecuencias de las radiaciones ionizantes aparecen en los diferentes tejidos y órganos, y se manifiestan de formas muy diferentes dependiendo del tipo de radiación, de la dosis recibida, del tejido al que afecte, etc.

Dependiendo del tejido u órgano con el que interactúe la radiación va a provocar o no, unos efectos u otros. Esto es debido a las diferentes radiosensibiidades de los órganos.

La radiosensibilidad (sensibilidad del tejido hacia la radiación) es diferente dependiendo del tejido, y responde al principio de Bernonié-Tribondeau: "son más sensibles aquellas células o tejidos con mayor capacidad mitótica, y aquellas más indiferencias o inmaduras".

Grados de radiosensibilidad:
-Muy radiosensibles: células madre de la medula ósea roja, células madre germinales, mesenquimatosas, linfocitos maduros, etc.
-Radiosensibles: células mielocíticas, células madre intestinales, células madre de epitelios basales, células de la granulosa
-Radiosensibilidad intermedia: Osteoblastos, condroblastos, fibroblastos, espermatocitos, células endoteliales, etc.
-Radiorresistentes: granulocitos, osteocitos, eritrocitos, etc.
-Muy radiorresistentes: condrocitos, fibrocitos, células musculares, neuronas, espermatozoides u óvulos, etc.

Además de la radiosensibilidad específica de la célula, existen otros factores que pueden afectar, como son: tipo y dosis de radiación absorbida, factores radiosensibilizadores (presencia de oxigeno u oxidantes) y factores radioprotectores (vitaminas A, C, y E, y el glutatión y la cisteína).

También los efectos que las radiaciones ionizantes pueden provocar sobre el organismo son diferentes, y se dividen en dos:
-Efectos estocásticos o aleatorios: Efectos tardíos, con un periodo de latencia muy largo y sin dosis umbral. Afectan al ADN y fundamente ocurren por acción directa de la radiación. A mayor dosis de radiación, mayor probabilidad de estos ocurran, por eso el objetivo de la protección radiológica será el de limitar las posibilidades de que estos sucedan. Ejemplos son la carcinogénesis o el acortamiento de la vida. Efectos sobre la genética.
-Efectos deterministas o seguros (no estocásticos): efectos tempranos, con un periodo de latencia corto y con dosis umbral. Afectan a toda la célula y fundamentalmente ocurren por la acción indirecta de la radiación (radicales libres). A mayor dosis de radiación, mayor gravedad de los efectos, por eso el objetivo de la protección radiológica en este aspecto será el de limitar la dosis para evitar su aparición o limitar los daños. Ejemplos son la radiodermitis, las cataratas o la anemia. Sin efectos sobre la genética.

La radiación ionizante puede afectar en diferentes niveles y de diferentes maneras:

-Sobre las moléculas. Lesiones sobre el ADN que provoquen roturas de la estructura helicoidal o lesiones de los elementos estructurales. Las consecuencias pueden ser: Reparación completa del ADN (sin daños o efectos), reparación incompleta (se puede producir la muerte celular, morir al intentar dividirse por apoptosis, u ocasionar una mutación, la cual puede dar lugar al cáncer) o imposibilidad de reparación (igual que la situación anterior, solo que en el caso de las mutaciones, estas o mueren, o se quedan con un defecto en el genoma que será transmitido a las células hijas).

-Sobre las proteínas. Pérdidas de estructura, que alterarán la funcionalidad de la célula.

-Sobre las moléculas de agua

Producen la radiólisis del agua, formando radicales libres e iones libres, los cuales pueden actuar sobre macromoléculas orgánicas, alterando sus funcionalidades, parando el ciclo celular, o llevándola al suicidio (apoptosis celular).

-Efectos de la radiación a nivel somático, sobre órganos y aparatos o sistemas. Dependiendo del órgano y la dosis, los efectos son muy variables. Estos son sólo algunos:

1. Aparato digestivo: atrofia de glándulas salivales, faringe o mucosas del estómago, depapilación de la lengua, destrucción de las vellosidades intestinales del intestino delgado, etc.

2. Piel: desde lesiones menores como la atrofia o la pigmentación, hasta lesiones más graves como el eritema, la ampolla o la necrosis y úlceras necróticas.

3. Ojos: los más importantes son las cataratas radioinducidas, debido a la gran radiosensibilidad del cristalino.

Aparto respiratorio: a dosis medianas se produce inflamación del pulmón. A dosis altas esclerosis, también denominada fibrosis intersticial por radiación.

4. Corazón: muy radioresistente, a altas dosis se puede dar pancarditis (inflamación de las 3 capas del corazón) o pericarditis (inflamación del pericardio, capa serosa que recubre el corazón).

5. Órganos sexuales: en los testículos los efectos se dan en dosis concretas absorbidas de radiación. En 100-200 mSv esterilidad temporal, frenado de la actividad mitótica y azoospermia. De 5 a 6 Sv esterilidad permanente, ya que con esa dosis se afectará a un número muy alto de células madres. A partir de 6 Sv esterilidad definitiva y alteración de los caracteres sexuales, por ausencia o disminución de las células de Leydig. Por otro lado, en los ovarios es algo similar, y son algo mas radioresistentes, con una dosis umbral de 500 mSV.

Vistos los daños que las radiaciones ionizantes pueden tener sobre el ser humano, el claro objetivo va a ser el de minimizar estos, sin dejar de utilizar las radiaciones tanto para fines diagnósticos como terapéuticos. Lo primero será aplicar las normas de radioprotección básicas, las cuales son de aplicación en todos los centros sanitarios y constan de:

1. Protección radiológica del propio operador:

A. En diagnóstico:

-No dirigir el haz directo ni a ventanas, ni al puesto de control, ni a la cámara oscura.

-Permanecer en la zona protegida durante el disparo radiográfico,

-Colimar adecuadamente (reducción de la radiación dispersa), y permanecer fuera del haz directo y lo más alejado del tubo que sea posible.

-Registrar cualquier eventualidad.

-En caso de ser imprescindible tener que sujetar al paciente durante la exploración, usar los debidos protectores (guantes, delantal plomado, etc.).

B. En tratamiento:

-En tratamiento la sala cuenta con una serie de medidas extra de seguridad, para asegurar que las condiciones son totalmente seguras para el personal (utilización del laberinto, cierre de seguridad en la puerta, setas de emergencia, etc.).

Protección radiológica del paciente:

C. En diagnóstico:

-Utilizar protectores gonadales siempre que las gónadas entren dentro del haz primario o estén a menos de 5 centímetros del mismo (siempre que no se omita información imprescindible para la prueba).

-La distancia foco-piel nunca debe ser inferior a 45 cm.

-Colimación adecuada (reducción de dosis sobre el mismo).

-Debe recibir las instrucciones necesarias para facilitar el desarrollo de la prueba, evitando así en muchas ocasiones que haya que repetirla.

-Registrar cualquier eventualidad.

-Realizar siempre que sea posible las proyecciones de cráneo de manera posteroanterior, disminuyendo así la dosis sobre el cristalino.

-En casos de embarazadas, cualquier prueba radiográfica debe estar proscrita, y salvo cuestión imprescindible, en pruebas no obstétricas, nunca se debe radiar el abdomen. Se entiende como mujer gestante cualquier mujer, en edad fértil, sin la llegada de una regla esperada.

-Cuando sea necesario inmovilizar al paciente se utilizarán sujeciones mecánicas. Si esto no fuera posible, la inmovilización la realizará el operador, en turnos rotatorios, nunca siendo una mujer gestante ni un menor de 18 años quien lo realice,

y evitando en lo posible la exposición al haz directo.
D. En tratamiento:
-La colimación cobra aún más importancia, ya que es vital, debido a las grandes dosis de radiación aplicadas, proteger los órganos que no están sometidos a tratamiento.
-La vigilancia sobre el paciente debe ser continua a través del monitor para comprobar su estado y que todo transcurre según lo previsto.
Protección radiológica del público:
-Se entiende como público a los acompañantes de los pacientes, personal sanitario no profesionalmente expuesto (facultativos, enfermeros, etc.), personal no sanitario, personal de mantenimiento, visitadores médicos, etc.
-Las medidas de protección se basan esencialmente en parámetros estructurales (en el adecuado diseño del servicio y de las barreras de protección).
-Nadie, salvo el paciente (y en situaciones especiales un acompañante o el operador), debe permanecer en la sala de la exploración durante la misma.

Para llegar al objetivo de reducir los daños biológicos por radiaciones ionizantes es necesario limitar la dosis recibida por los humanos, y para ello se requiere de colaboración con las actuaciones y de una serie de normas y reglamentaciones para asegurar su cumplimiento. Reducir los daños biológicos, es decir, eliminar o limitar los efectos deterministas y reducir o limitar las posibilidades de que ocurran los efectos estocásticos es el principal objetivo de la protección radiológica.

En 1928 nace la ICRP (Comisión Internacional de Protección Radiológica) con el objetivo de elaborar normas y recomendaciones sobre la protección radiológica. En 1977 exponen el sistema de limitación de dosis, el cual se basa en 3 puntos:
-Justificación: evalúa el coste-beneficio del uso de la radiación. Toda exposición a radiaciones ionizantes debe estar justificada, el beneficio de dicha exposición debe ser siempre mayor al perjuicio que esta pueda causar sobre la persona.
-Optimización: es la demostración de un máximo beneficio en el análisis coste-beneficio, es decir, alcanzar el máximo beneficio con la menor cantidad de radiación en cada una de las exposiciones. Para ello se aplica el criterio ALARA, cuyas siglas en inglés son “as low as reasonably achievable”, que se traducen como “tan bajo como sea razonablemente posible, y el cual sigue 3 criterios básicos: Distancia (a mayor distancia de la fuente radiactiva, menor dosis recibida, siguiendo la ley del inverso del cuadrado de la distancia), blindaje (barreras entre la fuente de radiación y la persona) y tiempo (menor tiempo de exposición, menor dosis recibida).

-Límites de dosis individualizados: establecimiento de unos máximos de dosis de radiaciones ionizantes, para prevenir los daños seguros (deterministas) y limitar la posibilidad de daño por efectos probabilísticos (estocásticos).
Cada país elabora sus propias normas, dependiendo esencialmente de sus condiciones socioeconómicas, pero siempre basadas en las recomendaciones de la I.C.R.P.

España, como miembro de la Unión Europea, está vinculado a las Directivas del EURATOM, el cual prevé y recoge las directivas emanadas por el Parlamento Europeo (órgano legislador). El tratado EURATOM prevé el establecimiento en la Unión Europea de normas básicas uniformes de protección radiológica frente a las radiaciones ionizantes.

Entre esta normativa cabe destacar la Directiva 2013/59/EURATOM, de 5 de diciembre de 2013, por la cual se establecen las normas básicas de seguridad para la protección ante radiaciones ionizantes.

A nivel nacional es el Parlamento el encargado de emanar las normas, el Consejo de Seguridad Nuclear quien lleva a cabo la regulación, control y vigilancia del cumplimiento de las normas, y el CIEMAT el encargado de las calibraciones y de las credenciales a empresas.

En España existen 2 leyes básicas (Ley 25/1964 sobre Energía Nuclear y la Ley 15/1980 sobre la creación del CSN) las cuales se desarrollan en varios decretos y Reglamentos. Entre estos destacan: El Real Decreto 1132/1990 sobre protección radiológica en personas sometidas a exámenes o tratamientos médicos, el Real decreto 783/2001 de 6 de julio, por el que se aprueba el reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones o el Real Decreto 413/1997, de 21 de marzo sobre protección operacional de los trabajadores externos con riesgo de exposición a radiaciones ionizantes por intervención en zona controlada.

Además de estas normas, existen guías de apoyo para la aplicación práctica de la legislación. Estas son la Guía del Consejo de Seguridad Nuclear, las normas UNE de normalización, publicaciones de ENRESA (Empresa Nacional de Residuos Radiactivos) y las Publicaciones del CIEMAT (Centro de Investigaciones Energéticas, Medioambientales y Tecnológicas).

Estas normas específicas de radioprotección complementan otras normas generales de la Constitución, como la Ley 31/1995 de 8 de noviembre de prevención de riesgos laborales. En ella se establecen tanto las obligaciones del técnico, como

del titular o empresario. Establece la protección como un derecho de los trabajadores y una obligación del empresario, el cual deberá garantizar la seguridad y la salud en el trabajo, mediante actividad preventiva y cuantas medidas de protección sean necesarias, proporcionando los equipos de protección individual adecuados y velando por el uso efectivo de los mismos, realizando un seguimiento contante de estas medidas y proporcionando la formación teórica y práctica necesaria. También fija las obligaciones del operador o trabajador de hacer un uso adecuado de las maquinas o aparatos con que desarrollen su actividad, a utilizar correctamente los equipos de protección individual proporcionados por el empresario, o a cooperar con el empresario, entre otras.

Ambas normativas, tanto la específica de radiodiagnóstico o radiotratamiento, como la general de prevención de riesgos laborales, corresponden con la base para lograr una correcta radioprotección, y así lograr cumplir los objetivos de evitar en la medida de lo posible los efectos biológicos de las radiaciones ionizantes sobre los seres humanos.

2 Objetivos

Realizar una revisión bibliográfica sobre los posibles daños biológicos derivados de radiaciones ionizantes y las medidas oportunas para evitarlos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente, así como una revisión de los protocolos de actuación de diferentes centros sanitarios. Identificando el protocolo de actuación más aceptado y actualizado.

4 Bibliografía

1. Volumen 1 Técnico especialista en Radiodiagnóstico Editorial MAD
2. https://www.csn.es/
3. https://www.boe.es/

Capítulo 77

EL CELADOR Y LAS DIFERENTES POSICIONES ANATÓMICAS

MARIA ISABEL FERNANDEZ JIMENEZ

1 Introducción

Una de las funciones del celador es el traslado de enfermos, bien sea en camilla o en silla de ruedas
El artículo 142 del Estatuto Marco dice: ”Ayudaran , asimismo, a las enfermeras y ayudantes de planta al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieren un trato especial en razón de sus dolencias”.

El celador para llevar a cabo la movilización y traslado de pacientes debe conocer unos conceptos fundamentales sobre los ejes y planos del espacio , asimismo tendrían que conocer las diferentes posturas anatómicas.

Muchos de los pacientes que están en el hospital tienen movilidad reducida. Es frecuente que el celador tenga que colaborar con estos pacientes en su movilización y traslado. Para realizar esto de forma correcta el celador debe conocer las posiciones anatómicas que se utilizan en el ámbito hospitalario.

2 Objetivos

- Conocer las diferentes posiciones anatómicas y conceptos sobre eje y planos.
- Conocer los diferentes movimientos.
- Abordar las técnicas requeridas por los celadores para movilizar y trasladar pacientes.
- Conocer los aparatos o equipos más usados por el celador.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para un mejor estudio , el cuerpo humano se divide en planos y ejes. Los principales son:
- Eje longitudinal: el que recorte el cuerpo en toda su longitud.
- Eje transversal: va de derecha a izquierda y es perpendicular al anterior.
- Eje sagital: va orientando de adelante hacia atrás.

Estos ejes se corresponden con unos planos , son los siguientes:
- Plano sagital o plano medio: situado en la línea media del cuerpo , lo divide en dos mitades: derecha e izquierda.
- Plano transversal u horizontal: es perpendicular al plano sagital. Divide el cuerpo en una zona superior y otra inferior.
- Plano coronal medio o frontal: es paralelo a la frente. Divide el cuerpo en una parte anterior y posterior.
- Plano oblicuo: presenta una angulación de 45 grados respecto al plano sagital y al plano frontal.

Los movimientos y cambios de posición que pueden efectuar los miembros del cuerpo humano son:
- Flexión: doblar una extremidad sobre una articulación.
- Extensión: consiste en extender o estirar una extremidad sobre una articulación.
- Abducción: movimiento de alejamiento del plano medio.
- Aducción: movimiento de acercamiento del plano medio.
- Eversión: cambio de dirección hacia fuera.
- Inversión: cambio de dirección hacia dentro.
- Rotación: movimiento de giro sobre un eje.
- Circunducción: movimiento circular alrededor de eje del cuerpo.
- Pronación: giro del antebrazo que coloca la palma de la mano hacia atrás o hacia abajo.

- Supinación: es el giro del antebrazo que coloca la palma de la mano hacia arriba.

Cuando hablamos de mecánica corporal adecuada nos referimos al uso eficaz , coordinado y seguro del cuerpo , con el fin de producir movimiento y mantener el equilibrio durante el ejercicio. La mecánica corporal adecuada constituye una herramienta esencial para el celador en el desempeño de su trabajo. Tiene que poner en práctica esta mecánica para prevenir sobrecarga , lesiones y fatiga.

Las posiciones básicas que adopta un paciente en la cama son tres: de cubito supino, decúbito lateral y decúbito prono.
- Decúbito supino: la posición boca arriba, el paciente está acostado sobre su espalda con los brazos y piernas extendidas , las rodillas ligeramente flexionadas y los pies en ángulo recto con respecto al cuerpo. Esta posición está indicada para la estancia en cama, traslados, cambios posturales y post-operatorios.
- Decúbito lateral: el paciente se halla acostado de lado, con la cabeza apoyada sobre la almohada y el brazo inferior flexionado a la altura del codo y paralelo a la cabeza. La pierna que no está en contacto con la superficie está ligeramente flexionada para dar mayor estabilidad. Esta postura está indicada para cambios posturales, post-operatorios e higiene personal.
- Decúbito prono o ventral: el paciente está boca abajo, con la cabeza ladeada. Los brazos extendidos a lo largo del cuerpo.

Según las circunstancias el paciente puede adoptar otras posturas durante su permanencia en cama. Estas posturas son:
- Fowler o Semi Sentado: paciente semisentado. La cabeza y el tronco se elevan a 45 grados. Existe la posición Fowler baja o semifowler en ella la inclinación es de 30 grados, se utiliza para cambios posturales y transporte de enfermo. En la postura Fowler alta la inclinación es de 90 grados.
- Posición ginecológica o litotomía: el paciente se encuentra en decúbito supino, las rodillas separadas y flexionadas y los pies sobre la cama. Posición para revisiones ginecológicas y para el proceso del parto.
- Posición de trendelenburg: el paciente está en decúbito supino. El cuerpo se inclina 45 grados respecto al plano del suelo, quedando la cabeza más baja que los pies.
- Posición antitrendelenburg o Morestin: es contraria a la anterior,la cabeza mal alta que los pies. Empleada para pacientes con problemas respiratorios, hernias de hiato, etc.
- Posición genupectoral: el paciente se apoya sobre sus rodillas, con el tronco inclinado hacia delante. Empleada para exploraciones rectales, enemas, interven-

ciones quirúrgicas, etc.
- Posición de Sims o semiprono: es una posición intermedia entre decúbito prono y decúbito lateral. La pierna inferior debe estar semiflexionada y la superior doblada por rodilla y cadera. Es la más utilizada para pacientes inconscientes.
- Roser: el paciente está en decúbito supino con la cabeza colgando. Se utiliza en exploraciones, intervenciones de otorrino, intubaciones, etc.

El celador debe seguir unas normas durante la movilización del paciente:
- Seguir instrucciones del personal sanitario.
- Guardar la intimidad del paciente.
- Adoptar las medidas de higiene necesarias.
- Evitar movimientos bruscos.

Para ayudarse en la movilización el celador puede emplear:
- Sábanas.
- Transfer.
- Guías y arneses.
- Rolón.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que el celador conozca todas y cada una de las posiciones anatómicas. Al hablar de movilización el celador debe tener en cuenta la seguridad, tanto para él mismo como para el paciente. Para situar, mover o trasladar al usuario correctamente, no solo bastan una serie de cualidades físicas sino que es necesario realizar estas técnicas siguiendo unos criterios que permiten evitar riesgos.

6 Bibliografía

1. C. Guillamas, E. Gutierrez, A. Hernando, Maria Jose Menendez, G. Sanchez-Casado,Tordesillas. "Técnicas básicas de enfermería". Editex 2014.
2. Logoss: conocimientos básicos y funciones del celador 2014.
3. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
4. https://www.scielo.org/es/
5. https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 78

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE MORTUORIO

BENIGNO GARCIA GONZALEZ

SERGIO MENDEZ VILLANUEVA

JUAN JOSE CIMADEVILLA GARCIA

1 Introducción

Pasaremos a enumerar el contacto y el trato con los fallecidos y sus familias dentro de mortuorio. Desde el año 1807 se empiezan a establecer normas para el depósito y posterior traslado a los cementerios. Siguiendo unas reglas, la persona fallecida se la conducía a una bóveda subterránea preparada para ese fin antes de ser llevado asceterio. Desde entonces hasta nuestros días han cambiado las normas en numerosas ocasiones, nosotros nos limitaremos a la reglamentación actual, sus normas y procedimientos en distintos casos.

Desde el momento que el celador es requerido por el deceso de un paciente en un servicio del hospital, reseñaremos las actuaciones en las cuales puede tomar parte dentro de sus funciones.

2 Objetivos

- Mostrar los principales aspectos para poder ser profesionales discretos y serios capaces de empatizar con la familia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Desde el momento que el celador es requerido por el deceso de un paciente en un servicio del hospital, reseñaremos las actuaciones en las cuales puede tomar parte dentro de sus funciones.

El personal sanitario es el responsable del amortajamiento con la colaboración de los celadores, esto siempre después de que un médico certifique la muerte y la enfermera registre con exactitud la hora de la muerte y el nombre del médico que la certifica.

El celador no podrá informar del fallecimiento a las familias serán el personal de enfermería o el propio médico quien les informaran del deceso de las posibles donaciones .órganos, donación de tejidos corneas o incluso donación del cuerpo para investigación.

La ley puede pedir que tenga que efectuarse una autopsia dependiendo de los factores que contribuyeron a la muerte. Suicidio, homicidio o causa desconocida.

Después de la retirada de sondas y catéter por parte del personal sanitario, se procederá al amortajamiento, este proceso se tendrá que hacer antes de la aparición de la rigidez cadavérica, a las dos horas, colocar al cuerpo dentro del sudario, este se colocara normalmente en la posición de supino con los brazos a los lados, las palmas hacia abajo o cruzando las manos sobre el abdomen, se cierra el sudario para el posterior traslado al mortuorio por parte de los celadores. La disminución gradual de la temperatura Algor mortis cae un grado centígrado por hora hasta alcanzar la temperatura de la habitación. El cadáver irá cubierto totalmente por una sábana o colcha y el traslado se realizará de la forma más discreta que se pueda hasta el mortuorio. Dicho traslado se realizará con toda la documentación cumplimentada, certificado de defunción rellenado y firmado por el facultativo, dos actas de entrega rellenada y firmada, tarjetas de identificación y pulsera.

Una vez trasladado al mortuorio se procederá a colocar el cuerpo en la cámara frigorífica a una temperatura de cuatro grados centígrados, para su posterior entrega a las funerarias. En el caso de que se le tenga que efectuar autopsia, esta puede ser judicial según las muertes estas son ordenadas por la autoridad judicial para conocer las causas de la muerte de la persona. (Suicidio, homicidio o causa desconocida.) En el caso de que la autopsia sea clínica se le pedirá a la familia un consentimiento informado para estudio post monten, estas autopsias clínicas son aquellas practicadas por facultativos especialistas con la finalidad de investigación científica de enfermedades (se conoce la causa pero se desea saber más sobre que la provoca). Si es no clínica es para saber cuáles han sido los motivos por el cual falleció.

Es indispensable registrar en el libro de asentamientos la hora de la muerte certificada por el médico la entrada en el mortuorio y la salida.

Miembros amputados tendrán también un documento de registro y enterramiento, se les entregarán los documentos firmados a los celadores para su traslado al mortuorio donde se firmará la entrega.

Mortinato (feto que nace muerto) la familia debe firmar la autorización de enterramiento de fetos para la gestionar su inhumación.

El celador en el servicio de autopsias, llevara el cadáver desde la cámara frigorífica o donde se encuentre y lo preparará sobre la mesa de necropsias en la posición para la realización de la autopsia, preparará el instrumental y los elementos necesarios y ayudará al médico de anatomía patológica en el manejo del cadáver movimientos rasurado de pelo, utilización del costo tomó para operaciones que requieran esfuerzo apertura de la caja craneal y facilitar todo el material e instrumental.
También limpieza de la mesa y eliminación de restos, limpieza externa e interna del cadáver rellenado de huecos con papel taponando todos los orificios. Preparando el cadáver para entregarlo a la familia en las mejores condiciones para el velatorio.
Se limpiara todo el material minuciosamente mesas sala de autopsias. Correrá a mi cargo también el traslado de muestras, material fotográfico e historias clínicas.

Los lugares destinados a la realización de autopsias tienen que tener unas condiciones específicas: estas salas tendrán una superficie mínima de vente metros cuadrados sistema de aspiración, iluminación adecuada, una correcta ventilación y la propia mesa de autopsias, además contará con servicios duchas, laboratorio

(propio o concertado) y refrigeradores para cadáveres, con capacidad para dos cadáveres por cada 200 camas o fracción.

Las funciones del celador de necropsias:
- Prepara la mesa de autopsias y todo el instrumental básico para sesionar partes blandas y cartílagos (cuchillos: grandes y pequeños, concretamos, cerebrotomo, mielo tomo, escalpelos), (tijeras: grandes y pequeñas para bronquios, vasos, conductos, abotonados para órganos blandos) y para sesionar huesos (legras, sierras, escoplos, martillos y pinzas de huesos) etc. Instrumentos de presa, de medición, medios de sutura y accesorios (sondas, frascos lentes de aumento etc.) Colocara el cadáver en la posición que le indiquen. Auxiliara al médico durante la autopsia en aquellas funciones no específicas de profesionales titulados Aseara al cadáver una vez concluida la autopsia. Tendrá a su cargo abrir y cerrar el servicio.

El celador auxiliar de autopsias: esta figura fue creada por la Dirección General del INSALUD (resolución de 22 de Mayo de 1981) dada la especificidad de las funciones que realiza el celador en la sala de autopsias. Estos celadores específicos realizan muchas funciones en la sala de autopsias, de tal manera que pueden auxiliar en la extracción de vísceras y coser el cadáver entre otras funciones que le son propias.

5 Discusión-Conclusión

La función del celador en el servicio de mortuorio requiere conocer las peculiaridades del servicio. De esa manera podrá realizar su trabajo con mayor agilidad y eficacia.

6 Bibliografía

1. Ales Reina,M.;Ania Palacios,J.M .;Bazan Baez,P; Cara Cañas,J.M.;"ATS/DUE de las istituciones Sanitarias del Insalud" Editorial MAD 2000. pags.195-207.
2. López Moreno, A. Técnico de urgencias y emergencias. Formación continuada Logoss,S.L. depósito legal:J-476-2002 . pags.199-220.

Capítulo 79

ERGONOMÍA EN LA SANIDAD POR UN TRABAJO SANO

BENIGNO GARCIA GONZALEZ

JUAN JOSE CIMADEVILLA GARCIA

SERGIO MENDEZ VILLANUEVA

1 Introducción

La ergonomía es la disciplina que se encarga del diseño de lugares de trabajo, herramientas y tareas, de modo que coincidan con las características fisiológicas, anatómicas, psicológicas y las capacidades de los trabajadores que se verán involucrados.

Las tres ramas clásicas de la ergonomía son la geométrica, la ambiental y la temporal. La primera se centra en la relación entre el hombre y las condiciones métricas de su puesto de trabajo, estudiando los siguientes aspectos:
- Cargas posturales y físicas, tanto estáticas como dinámicas y por componentes de actividad.
- Diseño del puesto de trabajo: altura de planos de trabajo, áreas y volúmenes de trabajo; elementos de trabajo: asientos, mesas y de los medios físicos instrumentales (mandos, manivelas, herramientas), relaciones métricas con dispositivos de seguridad (defensas, resguardos).

2 Objetivos

- Conocer qué es la ergonomía ambiental, los factores de riesgo ergonómicos de carga física, así como los riesgos de la turnicidad y los factores de riesgo ergonómicos de carga mental.

3 Metodología

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

4 Resultados

Recordando la definición de ergonomía como la ciencia de carácter multidisciplinario que tiene como objetivo la adecuación de los productos, sistemas y entornos a las características, limitaciones y necesidades físicas y psicológicas de los usuarios para así optimizar su eficacia, seguridad y confort, en este artículo interesa su aplicación para "cuidar a los que cuidan" y sensibilizar de la importancia que tiene "cuidarse para cuidar".

Muchos de los problemas que surgen en la actualidad de carga de trabajo tanto en el ámbito hospitalario como en el asistencial tienen su génesis en el diseño. Y es que si éste es inadecuado afecta directamente a la carga de trabajo física, a la carga mental y a la carga psicosocial.

1. Factores de riesgo ergonómicos.
- Manipulación manual de pacientes, transferencias de pacientes, movilización de los mismos, manipulación de lencería, arrastre de mobiliario, empuje de carros, etc.
- Repetitividad en las tareas: en camas, aseos e higienes, cambios posturales y de pañal, etc.
- Posturas forzadas. Mantenidas durante la realización de curas y aplicación de tratamientos, o el estatismo postural en los quirófanos.
- Patología previa del paciente. Rigidez articular o grado de dependencia.

A. Ergonomía ambiental. Entorno físico
- Iluminación. Insuficiente o excesiva, deslumbramientos, etc.
- Espacio. Insuficiente o inadecuada ubicación del mobiliario y utillaje. El espacio existente condiciona la elección del mobiliario y la disposición de los elementos de trabajo.
- Accesibilidad reducida. Las pequeñas barreras si se superan varias veces al día se convierten en una carga física adicional.
- Climatización. Temperaturas inadecuadas, mala ventilación de las zonas de trabajo, etc.
- Ruido. Un exceso de decibelios provoca disconfort ambiental.

B. Ergonomía temporal. Aspectos de carácter organizacional.
- Ritmos de trabajo. Carga física carga mental.
-Distribución de tareas. Número de pacientes asignados, tiempo destinado para su atención, descansos, etc.

Las técnicas preventivas para reducir las lesiones musculo esqueléticas del personal serían los programas formativos que incluyen las técnicas biomecánicas, el entrenamiento de manipulación de pacientes, el uso de los medios mecánicos para realizar los traslados, etc. También son relevantes la concienciación del estilo de vida, el ejercicio físico, nutrición, técnicas de relajación y métodos de protección del sistema osteomuscular en actividades laborales y extralaborales.

Pero hay que ir más lejos e incidir en aspectos tan importantes para el individuo y la organización como son los psicosociales y generadores de carga mental. Un sistema sanitario debe disponer de profesionales técnicamente preparados para responder frente a una tarea puramente instrumental y/o técnica. Pero a su vez éstos también deben disponer de elementos psicológicos para afrontar y responder cognitiva y emocionalmente de manera efectiva frente a los generadores de carga mental-estrés y a la dureza emocional evidente e inherente a la praxis diaria que conlleva la profesión sanitaria.

- Naturaleza de la actividad. Tipos de pacientes y patología (paciente terminal, crónico, infeccioso, psiquiátrico, etc.); servicios especiales, como cuidados intensivos, urgencias, paliativos, centros penitenciarios, etc.
- Cantidad y complejidad de la información a tratar. Rapidez en la ejecución, memorización y nivel de atención.
- Apremio de tiempos. Tiempo del que se dispone para elaborar una respuesta.
- Situaciones de incertidumbre. Información médica disponible incompleta para decidir qué acción emprender.

- Relaciones interpersonales. A distintos niveles: sanitario-paciente (agresión verbal/física), sanitario-familia (nivel de exigencias), sanitario-supervisor (gestión humana) y sanitario-sanitario (clima laboral).
- Horario de trabajo y tiempos de trabajo (a turnos, nocturno). Modificación de los ritmos circadianos, alteraciones del sueño y repercusión sobre la vida familiar y social.

2. Factores de riesgo ergonómicos de carga psicosocial
- Conducta organizacional y estructura de la organización. Estilo de dirección, participación, tipo de supervisión y control, definición y claridad de rol, aspectos comunicativos.
- Interés por el trabajo y oportunidades de desarrollo. Posibilidades de desarrollo en el ámbito laboral, facilidades de formación y reciclaje según necesidades, oportunidades de promoción y desarrollo de un plan de carrera, fomento de motivación de logro y reconocimiento del trabajo.
- Presión social. Existe una exigencia y una esperanza global de que el personal sanitario no cometa ningún tipo de error y siempre actúe de manera adecuada frente a cualquier circunstancia y demanda.

El estrés laboral que aparece en el personal sanitario es bastante evidente, por lo que hay que analizar las posibles causas psicosociales que lo ocasionan. Entre las más importantes destacan el conflicto de rol, la ambigüedad de rol y la sobrecarga de rol.

- En el personal de enfermería adopta otras formas: cuidado real de los enfermos de forma individualizada; conflictos entre los principios éticos adquiridos en la formación personal y profesional y las prácticas diarias y cotidianas al uso en sus centros de trabajo; límites de las disponibilidades y recursos; exigencia del paciente y de la familia; manifestaciones verbales de la familia y pacientes sobre sus quejas o insatisfacción, relacionadas con la organización del sistema, ajeno a la propia actividad de enfermería pero dirigido a ella; distintas prioridades entre el equipo médico y el de enfermería, por lo que en ocasiones el personal de enfermería se queda sin asistencia médica directa y al mismo tiempo es responsable del bienestar de los pacientes (terminales o UCI); preocupaciones por el gasto sanitario; necesidad de atender al coste de la práctica sanitaria y nuevas estructuras organizativas.

A. Ambigüedad de rol. Se refiere a la incertidumbre de las exigencias de la propia tarea y de los métodos o formas con las que debe ser ejecutada. También a la ambigüedad sobre los propios resultados conseguidos, de forma que se ignora si el trabajo se está efectuando conforme a las exigencias requeridas y a las ex-

pectativas depositadas en la persona. Las formas de adopción de ambigüedad de rol en el personal sanitario se manifiestan en profesionales jóvenes, a quienes la experiencia provoca una desorientación sobre la conducta más adecuada en algunos momentos, especialmente en situaciones de urgencia. También existe la diferencia real, no teórica, entre los roles de médicos y enfermeras que si en teoría resulta fácil de establecer, en la práctica real suele haber un solapamiento incluso considerable.
B. Sobrecarga de rol. Otras causas posibles serían los recursos inadecuados y/o insuficientes, la sobrecarga laboral, las presiones temporales, el clima laboral, la infrautilización de habilidades, la escasa participación y las fuentes particulares de estrés prominentes de la propia tarea asistencial específica.

La aparición del estrés organizacional que surge en el personal de enfermería, y siguiendo el modelo de Karateka (1) , se relaciona con el control sobre las demandas, al sentir incapacidad para influir en las decisiones médicas o de los administradores que están afectando a sus tareas.

La consecuencia del estrés mantenido y crónico es el bruno; no hay nada tan lesivo para el sistema sanitario que disponer de profesionales desmotivados, que sienten que su trabajo carece de significado y valor. Existen profesionales muy competentes y aptos para ejercer su profesión, pero desgastados y desilusionados con su trabajo diario, convirtiéndose así en “incompetentes crónicos”. El bruno está muy presente en la sociedad actual y en especial en la profesión sanitaria, por ello es importante conocer la génesis del mismo para su posterior abordaje.

C. Variables psicológicas.
- De situación y ambientales: área de trabajo, cambios de/en el servicio, cambios de turno, organización, estructura física, estimulación, recursos, etc.
- Del profesional: miedo, autoestima, experiencia profesional, cambios vitales, programa de apoyo psicológico.

5 Discusión-Conclusión

La ergonomía en el trabajo es fundamental. Un adecuado conocimiento de ciertas nociones permitirá disminuir el riesgo de lesiones en el entorno laboral.

6 Bibliografía

1. Sistema de gestión en seguridad y salud ocupacional (SGSSO).

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

Capítulo 80

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN SALUD MENTAL

JUAN JOSE CIMADEVILLA GARCIA

BENIGNO GARCIA GONZALEZ

SERGIO MENDEZ VILLANUEVA

1 Introducción

A finales de los años setenta y principios de los ochenta comienzan a surgir centros de salud mental principales y centros dependientes de Diputaciones Provinciales.

Con la Ley General de Sanidad se contempla al enfermo mental como un usuario más del Sistema Nacional de Salud. Se ponen en marcha servicios de psiquiatría para tratamiento ambulatorio en Atención Primaria y Atención Especializada y también Unidades de Psiquiatría en hospitales.

Los equipos de Atención Primaria tienen un papel importante en el abordaje de los problemas de salud mental. Cualquier persona que tenga un problema de salud mental puede ir a un Centro de Atención Primaria donde pueden derivar al paciente al hospital a una unidad de psiquiatría en caso de que sea necesario. Así van desapareciendo los hospitales psiquiátricos.

La Ley General de Sanidad en su artículo 70 establece la plena integración en el sistema sanitario general y la total equiparación del enfermo mental a las demás

personas que requieran servicios sanitarios y sociales, así las administraciones sanitarias adecuarán su actuación a los siguientes principios:
- La atención a los problemas de salud mental de la población, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, hospitalización parcial y atención a domicilio, reduciendo al máximo posible la necesidad de hospitalización.
- Desarrollar servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios adecuados a los problemas del enfermo mental, coordinándose con los servicios sociales.
- La hospitalización de los pacientes se realizará en las unidades psiquiátricas de los Hospitales Generales.
- Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica en coordinación con los servicios sociales cubrirán los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud general.

2 Objetivos

- Conocer las enfermedades de los pacientes de su unidad, tener una actitud tranquila y crear un ambiente de seguridad.
- Saber de la importancia del trabajo en equipo, sobre todo en momentos críticos para resolver satisfactoriamente estas situaciones.
- Tratar con respeto al enfermo mental, empatizando con él y evitando situaciones tensas. Hay que ser consciente de que se trata con un enfermo y que los insultos y comentarios desagradables son propios de la enfermedad y no responder a las provocaciones.
- Detectar las muestras de excitación o los cambios bruscos de aptitud y comunicarlo al personal sanitario.
- Permanecer con alguien, nunca solo, y procurar que dicho encuentro se produzca en un ambiente seguro.
- Evitar la agresión física hacia el paciente violento
- Recurrir a medidas de contención como último recurso.

3 Metodología

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

4 Resultados

1. Mostrar una actitud tranquila con el paciente y saber distinguir los distintos tipos de enfermos mentales, conocer las características de cada enfermedad para poder prestar el trato más adecuado en cada caso. Por este motivo y aunque tenga que seguir siempre las orientaciones del personal sanitario no está de más conocer los principales problemas de salud mental que a continuación se describen:
- Angustia-Ansiedad.
- Hipocondria.
- Depresión.
- Demencias.

2. Colaborar con el personal sanitario en la administración de medicación en aquellos enfermos que lo precisen (pacientes agitados que se nieguen a colaborar).

3. Tratar de empatizar con el paciente para evitar posibles situaciones tensas y así poder evitar complicaciones y alteraciones en el desarrollo normal de la jornada.

4. En caso de inmovilización del paciente usar los diferentes sistemas de sujeción mecánica como son:
- Faja abdominal para sujeción del tronco. Se coloca en primer lugar transversalmente encima de la cama y mediante unas tiras que se tienen que ajustar a la cama. Se coloca la faja en la cintura del paciente, graduándola. Este sistema dispone de un cierre magnético con llave que guardará el personal sanitario.
- Muñequeras para sujeción de manos. El sistema consiste en unas muñequeras que se ajustan mediante ojales. Estas muñequeras llevan unas tiras que se atan a unos pasadores situados en cinturones que tiene la cama.
- Tobilleras para sujeción de pies. El sistema consiste en unas tobilleras que también se ajustan con el ojal correspondiente. Estas también llevan unas tiras que se atan a unos pasadores situados en cinturones que tiene la cama.
- Arnés axilar, solo en casos de pacientes muy agitados. Para la utilización de este sistema es necesario el consentimiento médico porque puede llegar a producir dificultades para respirar.

5 Discusión-Conclusión

El celador tiene una función muy importante en el servicio de salud mental. Las funciones serán específicas del lugar y función que ocupe dentro del servicio. Un

adecuado conocimiento de las principales peculiaridades de este servicio ayudará a que se consigan mejores resultados y eficacia en sus acciones.

6 Bibliografía

1. Del Castillo Torres, L.; Martos Navarro, F.; Gómez Martínez D.; González Rabanal, J.M.; Vidal Ramírez, R.; Ales Reina, M. "Celadores de las Instituciones Sanitarias del Insalud". 8ª edición. Sevilla. Editorial MAD. 1999.

Capítulo 81

SEPARANDO LOS RESIDUOS DEL HOSPITAL

JUAN JOSE CIMADEVILLA GARCIA

SERGIO MENDEZ VILLANUEVA

BENIGNO GARCIA GONZALEZ

1 Introducción

Los residuos sanitarios u hospitalarios son los generados en la actividad sanitaria, en especial, en los hospitales. Gran parte de ellos se encuentran potencialmente contaminados con sustancias o líquidos biológicos por haber sido utilizados en tratamientos clínicos, constituyendo un grave problema de salud y su impacto sobre la calidad de vida humana y el medio ambiente. Los profesionales con más riesgo en el manejo de los residuos infecciosos de los hospitales son los médicos cirujanos enfermeros, los TCAE celadores y el personal de limpieza.

2 Objetivos

- Recoger los procedimientos oportunos para dar a los residuos el tratamiento más adecuado, teniendo en cuenta sus características con el fin de proteger la salud de las personas y conservar el medio ambiente.
- Seguir actuaciones de ordenación de la normativa para el control de los residuos, por su volumen, peligrosidad y sus distintas formas de destrucción.

3 Metodología

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

4 Resultados

De los residuos generados en servicios de atención sanitaria, aproximadamente un 85% son residuos generales no peligrosos asimilables a domésticos (papel, cartón vidrio, plástico, restos de comida, etc.) y residuos sanitarios asimilables a domésticos (restos de curas, vendas, empapadores, ropa de cama, equipos de goteros, bolsas de colostomía, vacunas inactivadas, medicamentos caducados. El 15% restante se considera peligroso por ser infeccioso, tóxico o radiactivo: residuos biológicos (vacunas vivas y atenuadas, fluidos corporales, sangre y hemoderivados de pacientes infecciosos, restos anatómicos, material punzante o cortante, etc.), residuos de medicamentos (restos de medicamentos anticancerosos y equipos de quimioterapia), residuos químicos (disolventes halogenados, ácidos, mercurio, etc.) y residuos radiactivos. Cada año en el mundo se administran millones de inyecciones y no todas las agujas ni jeringas son eliminadas de la forma más correcta.

En los países de rentas elevadas se generan hasta medio kilo de residuos peligrosos por día y persona ingresada. En los países de renta baja la cantidad disminuye hasta doscientos gramos, pero por el contrario en estos últimos no se separan los peligrosos del resto de residuos, por lo que en la práctica la cantidad es mucho mayor.

Gran parte de los desechos sanitarios se incineran, lo que puede dar lugar a la emisión al medio ambiente de patógenos y contaminantes tóxicos. De los residuos sanitarios y sus subproductos pueden derivarse riesgos para la salud de la población en general, tales como intoxicaciones y contaminación por liberación al medio ambiente de productos farmacéuticos como antibióticos y fármacos citotóxicos, por elementos o compuestos tóxicos como el mercurio o las dioxinas que se liberan al incinerar los desechos, quemaduras por radiación u heridas por objetos punzocortantes.

Una gestión ineficiente derivará en graves consecuencias para la salud de las personas y la degradación del medio ambiente, para ello se debe elaborar políticas responsables en normas de bioseguridad para la gestión de los residuos y la correcta clasificación de dichos residuos. Deben dictarse normas para eliminar la importante carga de morbilidad asociada a la mala práctica, incluida la exposición a agentes infecciosos y sustancias tóxicas.

Debe implantarse un sistema integral y de carácter universal para lograr mejorar a medio y largo plazo una mejora en la gestión de los residuos sanitarios. Métodos de gestión seguros e inocuos para el medio ambiente, con el objetivo de proteger a las personas implicadas del peligro en los procesos de recogida, manipulación, almacenaje, transporte, tratamiento y eliminación de desechos. Debe fomentarse la minimización, la reutilización, el reciclado y la valorización con el fin de generar el mínimo de residuos, estas son las claves para facilitar su posterior eliminación.

Se clasifican:
- No peligrosos, grupo 1 y grupo 2, residuos generales asimilables a domésticos.
- Peligrosos, grupo 3, residuos peligrosos sanitarios, divididos en:
A: Residuos biológicos.
B. Residuos de medicamentos citotóxicos y isostáticos.
C. Residuos Químicos.
- El grupo 4: residuos peligrosos no sanitarios.
- El grupo 5: residuos radioactivos.

5 Discusión-Conclusión

Uno de los mayores riesgos se sitúa en la manipulación de los residuos en su carga y descarga. Así como en el transporte, se tomarán medidas y precauciones en su manejo. La segregación de los residuos se hará a partir de los protocolos establecidos en la clasificación de residuos. Imprescindible la formación del personal para desempeñar esta misión. Cada área de trabajo se ha de establecer los criterios de segregación dependiendo de su actividad. Infecciosos, agujas y materiales punzantes y cortantes, cultivos y reservas de agentes infecciosos, infecciosos de animales, vacunas vivas y atenuadas, fluidos corporales sangre y hemoderivados en forma líquida, residuos anatómicos (restos quirúrgicos, placentas tumores, etc.).

6 Bibliografía

1. Hevia Mosquera M; Tolivia Fernández J.C.; Menéndez García M.I.; López Rodríguez Y.; García Rodríguez M.; Fernández Llera A. ;Se ha utilizado el buscador Google Académico, así como la base de datos SciELO.

Capítulo 82

CELADOR EN ALMACÉN Y SUMINISTROS

SERGIO MENDEZ VILLANUEVA

BENIGNO GARCIA GONZALEZ

JUAN JOSE CIMADEVILLA GARCIA

1 Introducción

La importancia de la tarea del celador en el almacén de suministros es relevante por la cantidad de productos, los movimientos de entrada y de salida. En su colocación, la figura del celador en el almacén será la de quien se encargue del suministro y almacenaje de dentro del almacén. Un almacenaje adecuado de todo el suministro disminuye los gastos.

Por eso, la labor previa a la petición de material, su recepción y organización es indispensable para el control de las existencias.

Siendo el suministro el conjunto de tareas que aprovisionando materiales los almacenes y los almacenes de los servicios y el almacenaje que es tener todo el producto ordenado en él. El almacén es la edificación o local donde se depositan géneros de cualquier especie, generalmente mercancías. El factor que se tendrá en cuenta a la hora de realizar el diseño de un almacén hospitalario será la reducción máxima del espacio disponible. Un almacén debe estar preparado para recibir, preparar y guardar cualquier tipo de mercancía.

El funcionamiento que realiza una labor en el personal del almacén hospitalario:

- Recepción de todos los productos necesarios solicitados a los proveedores externos para que la actividad de una Institución Sanitaria se lleve a cabo.
- Establecer el control de calidad, existencias de las mercancías.
- Preparación de los pedidos.
- Expedición de pedidos.

La finalidad de un almacén en una Institución Sanitaria es garantizar el suministro de las distintas unidades y servicios, en todo momento y a un coste razonable. La función principal de un almacén es acumulación, custodia y distribución de los materiales.

Vamos a encontrar con dos almacenes, como mínimo, uno será el de farmacia y el otro el almacén general, que a su vez se puede subdividir en almacén de material de mantenimiento, almacén de material clínico fungible, almacén de material quirúrgico, almacén de aparataje, almacén de papelería, almacén de lencería, etc.

La figura del celador encargado del almacén es:
- Recibir las mercancías evidenciando el número de paquetes que indica el albarán de entrega.
- Examina el material recibido.
- Distribuye los productos y la mercancía recibida en las estanterías del almacén.
- Distribuye los suministros internos a las distintas plantas y servicios del hospital.

Son objetivos fundamentales en el reparto de material la rapidez y la efectividad, por lo que el celador debe ser concluyente a la vez que seguro en su puesto de trabajo.

Vamos a distinguir entre suministros internos y externos, sus fases, organización, contratación, almacenaje, tipos de almacén, su organización y los distintos procesos de almacenamiento:
- Hasta su distribución salvaguardar los intereses del establecimiento puestos bajo custodia y manejo mediante la debida organización por medio de pedidos de reposición periódica.
- Vigilar los movimientos do almacén por medio de control de stocks mínimos y máximos para su reposición.
- Vigilar fechas de caducidad de los artículos, colocación de los artículos dela forma más ordenada que garantice su localización.
- Gestionar las compras de los distintos establecimientos a los que se suministra.

Conjunto de tareas cuya finalidad es abastecer de materiales al almacén general del Hospital y a cada uno de los diferentes servicios sanitarios. Los suministros pueden ser:
- Externos: son aquellos que facilitan al almacén general desde fuera procedentes de los distintos proveedores.
- Internos: son los productos comerciados desde el almacén general del hospital o centro sanitario a las distintas unidades o servicios.

Es la primera fase que se debe realizar en la tarea de provisiones y consiste en conocer las necesidades del material preciso y necesario para el buen funcionamiento de la Institución Sanitaria. Una vez establecidas las necesidades de los servicios y unidades del Centro Sanitario, se procede a gestionar la compra de los distintos productos a vendedores externos. Las necesidades de material en el almacén general, normalmente se establecen con carácter anual. La principal función de suministro que cumple un almacén consiste en el control de que el centro tiene siempre la cantidad adecuada de los productos necesarios. Es decir, qué es lo que se necesita comprar, cuanto se necesita, para cuando se necesita.

Los celadores realizarán las labores de recepción, control y revisión de las mercancías en la zona del almacén donde se ordenarán los productos para su colocación en el mismo.

Al recibir una mercancía en el almacén se deben tomar los siguientes datos:
- Número de pedido.
- Nombre del proveedor.

Antes de proceder al almacenamiento de la mercancía se deben llevar a cabo las siguientes confirmaciones:
- Comprobar que la cantidad de bultos coincida con el que aparece en el albarán de entrega.
- Revisión de la mercancía, que puede controlarse por: el etiquetado, las unidades y los lotes de la mercancía.

Una vez recepcionada la mercancía se procede al almacenamiento de cada producto recibido, se le asigna un código donde quedará guardada de una forma ordenada para su posterior entrega, previa petición por las correspondientes unidades y servicios del hospital.
- Almacenaje: estancia provisional de las mercancías en el almacén, lo que implica el puesto, conservación y control de las existencias. Almacenar consiste en ubicar la mercancía de forma correcta, optimizando espacios y costes, para ello

el almacén debe disponer de una buena organización.
- Accesibilidad para llegar a todos los artículos, lo que genera facilidad a la hora de la realización del inventario.
- Stock la capacidad de almacenaje tiene que estar aprovechada al máximo posible.

Los criterios para la colocación de las mercancías en el almacén son: complementariedad, compatibilidad, frecuencia y tamaño. Dependiendo de las dimensiones del almacén y del volumen de las mercancías, el guardado de las mismas debe reunir ciertas tipologías, como:
- Almacenaje en bloque. Las mercancías se apilan unas junto a las otras sin dejar espacios, formando tantos bloques como productos tengamos en el almacén.
- Almacenaje a granel. Las mercancías se colocan adosadas a las paredes o en el centro del almacén formando montones.

El tipo de almacenaje más utilizado es una composición de los dos sistemas, por la forma y por el espacio. El almacén del hospital dispondrá de los medios suficientes y necesarios para la realización de un almacenaje correcto, es decir, que cada producto esté ubicado adecuadamente para facilitar la localización cuando los productos sean solicitados. El material de una Institución Sanitaria se puede catalogar según sus características y duración, sanitario o no sanitario y por su peligrosidad infectiva.

La gestión del stock es la tarea más importante de todas las fases. Consiste en el control de las existencias de cada artículo para así evitar situaciones de desabastecimiento que daría lugar a la contravención de la labor asistencial encomendada. Es la información que permite conocer en todo momento las entradas, las salidas y las existencias. Stock es la cantidad de productos que se encuentran en el almacén.

Para gestionar los stocks en un almacén se tendrá en cuenta:
- Intervalo de tiempo entre un pedido y otro.
- Control de material.
- Material de reserva.

En la clasificación del material que existe en una institución sanitaria, se dividirán según sus características duración y peligrosidad:
- Por su duración, material fungible que se caracteriza porque desaparece con el uso, son artículos desechables. Y material inventariable.
- Por su peligrosidad infectiva los dividiremos en material crítico que requiere una asepsia total. Semicríticos, desinfectados que no es imprescindible su ester-

ilización. No críticos, deben estar rigurosamente limpios y en la medida de lo posible desinfectados.

Criterios de organización:
- Método FIFO. Es el método más utilizado y se basa en que lo primero que entra en el almacén es lo primero que sale. Debe su nombre a las iniciales de la expresión (First In, First Out.).
- Método LIFO. Es todo lo contrario al método FIFO, lo último que entra es los primero que sale.

La finalidad y el objetivo último de los almacenes es la repartición de pedidos. El inventario es el recuento de material se puede realizar diariamente, semanalmente, trimestralmente, semestralmente o anual. Las diferencias de un inventario son las que se producen entre el stock teórico y el stock real.

Existen varios tipos de inventarios, entre otros:
- Inventario inicial es aquel que se realiza al iniciar la actividad.
- Inventario tradicional es el recuento de material que se encuentra en el almacén al finalizar, como norma general, el año.
- Inventario cíclico es aquel en el que se acumula material hasta una cierta cantidad para poder servirlo de una vez.

2 Objetivos

- Recibir los productos que previamente fueron solicitados, cuando las necesidades del centro lo requieran.
- Programar y gestionar inversiones para un funcionamiento correcto de la actividad tanto en recursos físicos de materiales como de equipamiento del hospital.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

1. Del Castillo Torres L; Martos Navarro F; Gómez Martínez D ; González Rabanal J.M. ; Vidal Ramírez R. ; Ales Reina M.; Celadores de la Instituciones Sanitarias del INSALUD ; octava Edición ; Sevilla ; Editorial MAD ; diciembre 1999.
2. Del Castillo Torres L. ; Ocho Guerra O. ; Gómez Martínez D. ; Ales Reina M. ; Amia Palacio J.M. ; Celadores del Servicio Andaluz de Salud. Funciones propias; Primera edición; Editorial MAD; septiembre, 2000.
3. Sonsileslc@ publicado 26 Abril 2018.

Capítulo 83

ACTUACIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA.

JUAN BAUTISTA OLEAGA CONLLEDO

ALBA GARCIA GARCIA

YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE

1 Introducción

Las Unidades de Vigilancia Intensiva (UVI), también conocidas como Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), son servicios que poseen como misión la recepción, observación y tratamiento por personal altamente especializado y provisto de material idóneo, de los pacientes, en estado grave o crítico, que requieran atención continuada (asistencia, vigilancia y control) y tratamientos intensivos. Los celadores que ejercen sus funciones en estas Unidades deben conocer las técnicas de movilización de pacientes así como estar uniformados con batas asépticas, las cuáles se desecharán cada vez que cambien de paciente.

2 Objetivos

- Conocer de una manera evidente y precisa la importancia del celador en el medio sanitario y más concretamente en las Unidades de Vigilancia Intensiva, también conocidas como Unidades de Cuidados Intensivos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, hemos llevado a cabo una investigación consistente en una revisión sistemática bibliográfica, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y también hemos consultados diversos artículos en bases de datos tales como Pubmed, Medline y Scielo. Además revisamos documentación que poseemos relacionada con la formación continuada.

4 Resultados

Los celadores que trabajan en el servicio de cuidados intensivos han de estar muy concienciados y bien preparados para la realización de los movimientos a los pacientes, ya que la inmensa mayoría, son pacientes muy delicados y no se pueden realizar con brusquedad.

Además, es muy importante que los celadores respeten las normas básicas de higiene y desinfección, para evitar un doble perjuicio, que sería contraer enfermedades o transmitirlas; por ello deberán de realizar un lavado de manos antes de entrar en el box y antes de salir. También deberán vestir el uniforme reglamentario, teniendo siempre las prendas limpias, en caso contrario deberán de cambiarlas. En la UVI, existen pacientes que se encuentran en aislamiento por distintos motivos y los celadores deben asegurarse de utilizar las prendas de aislamiento correcto, como pueden ser calzas, mascarilla, guantes y gorro.

Las funciones generales de los celadores vienen recogidas en el Estatuto de Personal no sanitario, pero en nuestro artículo nos centramos en los celadores de la Unidad de Cuidados Intensivos y las funciones específicas que realizan son las siguientes:

- Auxiliarán en todas las labores propias del celador que les sean ordenadas por sus superiores, como pueden ser supervisores, enfermeras o médicos.
- Acompañarán al médico y enfermera en los desplazamientos donde los pacientes tengan que abandonar la UVI para realizar pruebas diagnósticas.
- Ayudarán en todos los trabajos de fuerza que se requieran en la unidad.
- Ayudarán al personal de enfermería o persona responsable, cuando se les solicite, en el lavado y aseo de pacientes, siguiendo las indicaciones que en todo momento se les indique.
- Cuando por circunstancias especiales en el enfermo no pueda éste ser movido sólo por la enfermera o persona responsable, ayudarán en la colocación y retirada

de la cuñas para la recogida de excretas de dichos enfermos.
- Ayudarán a las enfermeras o personas encargadas de amortajar a los pacientes fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres a mortuorios.
- Tramitarán o conducirán las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores, tales como por ejemplo historias clínicas, volantes, peticiones de exploraciones, etc. También serán los encargados de trasladar los aparatos y equipos.

5 Discusión-Conclusión

Después del análisis bibliográfico realizado podemos concluir nuestro artículo resaltando que es de vital importancia que el celador esté correctamente formado para realizar las técnicas correspondientes en la Unidad de Cuidados Intensivos, ya que los pacientes que habitualmente están en esta Unidad son pacientes muy delicados y se deben de seguir unas pautas muy estrictas.

6 Bibliografía

1. Celadores. Instituciones Sanitarias. Editorial CEP
2. www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_3.pdf
3. www.scielo.org
4. www.medlineplus.gov

Capítulo 84

ACTUACIONES DEL CELADOR EN LAS UNIDADES DE PSIQUIATRÍA

JUAN BAUTISTA OLEAGA CONLLEDO

ALBA GARCIA GARCIA

YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE

1 Introducción

Las Unidades de Psiquiatría son aquellas unidades de atención a la salud mental en régimen de internamiento a nivel hospitalario. Para llegar a ellas es preciso haber superado, anteriormente, las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de atención primaria. Como causas más generales para el ingreso hospitalario señalaremos: la presencia de una serie de conductas que pongan en peligro la integridad física del paciente, así como la de las personas que lo rodean, y el aislamiento.

Las enfermedades psiquiátricas las podemos dividir en enfermedades agudas, crónicas, trastornos de la percepción, trastornos de la memoria y trastornos de la conciencia.

Las enfermedades agudas abarcan las crisis maníacas o manía, la psiconeurosis emocionales, la depresión, la psicosis delirantes agudas, el delirio y la psicosis confusooníricas.

Por otro lado podemos agrupar en las enfermedades crónicas a la perversión sexual, la neurosis (ya sea de angustia, fóbica, obsesiva o histérica), la esquizofrenia,

la demencia, la paranoia y la oligofrenia. Dentro de los trastornos de la percepción están la alucinación, la pseudoalucinación y las ilusiones. La amnesia y la paramnesia pertenecen a los trastornos de la memoria, y por último el coma, el delirio, el sopor y la somnolencia son trastornos de la conciencia.

2 Objetivos

- Dar a conocer un poco el tema de la psiquiatría.
- Identificar las funciones del celador dentro de la Unidad de Psiquiatría.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática consultando diversas bases de datos como Medline, Scielo y Embase, así como páginas web y libros referentes con el tema.

4 Resultados

Las funciones del celador en la Unidad de Psiquiatría son:
- Vigilar la puerta de acceso a la Unidad y controlar las entradas y salidas, no permitiendo el acceso nada más que a personas autorizadas y cuidando no introduzcan bebidas, comidas y objetos que pudieran resultar peligrosos o no estuvieran autorizados.
- Cuidar del entorno ambiental de los pacientes, levantando persianas por la mañana y bajándolas por la noche.
- Controlar la estancia de los familiares y visitas en las habitaciones de los enfermos y en las zonas comunes para así evitar toda acción que perjudique al enfermo o al orden de la unidad.
- Ayudar al aseo personal de los pacientes que lo precisen, intentando fomentar siempre su autonomía y hacer hincapié en mantener uñas cortas para evitar lesiones a ellos mismos o a terceros.
- Vigilar a los pacientes que no quieran asearse para que sí lo hagan.
- Colaborar con el resto del personal, de que los pacientes no hagan uso indebido de los enseres y ropas de la Unidad, evitando su deterioro.
- Colaborar con el personal sanitario para mantener el orden y la compostura en el comedor, prestando especial interés a los cubiertos y la vajilla, aún siendo éstos de plástico. En los casos de depresión profunda, anorexia y/o bulimia se vigilarán

exhaustivamente las cantidades ingeridas y se seguirá un horario estricto de comidas. En los períodos postpandriales (período después de la comida) se vigilará a los pacientes para evitar la inducción al vómito.
- Recoger medicación y otros productos de la Farmacia, reponiendo la farmacia pesada.
- Trasladar los aparatos o mobiliario que se requiera y a donde se requiera.
- Tramitar las comunicaciones verbales, documentos o correspondencia confiados por sus superiores.
- Acompañar a los pacientes y resto de personal sanitario a pasear por las zonas ajardinadas contiguas del Centro sanitario.
- Trasladar pacientes a las Unidades y Consultas del Centro que sea preciso, siempre que no haya un compañero expresamente para esas funciones.
- Vigilar el orden y la armonía entre los pacientes.
- Ayudar al personal sanitario en la administración de inyectables y tratamiento de pacientes incapaces que se niegan a colaborar.
- Colaborar con otros profesionales de la Unidad en la reducción de pacientes agitados, ayudando al personal sanitario a sujetar a los pacientes alterados a los que hay que aplicar una sujeción mecánica.
- Controlar el suministro de tabaco a los pacientes que lo tienen permitido en su tratamiento.
- Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos, y tendrán totalmente prohibido informar sobre los pronósticos de la enfermedad.
- No realizarán funciones ajenas a su categoría ya que podrían ser denunciados por usurpación de funciones e intrusismo profesional.

5 Discusión-Conclusión

La Unidad de Psiquiatría es una unidad un poco especial y por eso los celadores que tengan que trabajar en esta unidad deberán de saber muy bien como desarrollar sus funciones, ya que la mayoría son pacientes con enfermedades mentales y no son conscientes en la mayoría de los casos de lo que están haciendo, e incluso algunos pueden ser agresivos. Por todo ello, el celador debe de tener especial paciencia para aportar seguridad y bienestar al paciente.

6 Bibliografía

1. Celadores. Instituciones Sanitarias. Editorial CEP.

2. www.discapacidad-cantabria.info
3. www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm
4. www.scielo.org
5. www.medlineplus.gov

Capítulo 85

ACTUACIONES DEL CELADOR EN QUIRÓFANO

JUAN BAUTISTA OLEAGA CONLLEDO

ALBA GARCIA GARCIA

YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE

1 Introducción

El quirófano es aquella sala o habitación que se encuentra en hospitales o centros de atención médica y que está acondicionada para la práctica de operaciones quirúrgicas a aquellos pacientes que así lo demanden. Asimismo, en el quirófano, se pueden realizar otras actividades relacionadas, tales como el suministro de anestesia, una acción de reanimación, entre otras, para así, luego, poder llevar a cabo la mencionada intervención quirúrgica. El tamaño de los quirófanos es variable. Se ha recomendado como el adecuado entre 36 y 42 m2. Sólo las salas para procedimientos especiales necesitan tener más espacio, entre 40 y 60 m2, utilizadas para cirugía cardiovascular o trasplantes.

Por lo general existen 4 zonas en un departamento quirúrgico:

- Área no restringida. El personal puede vestir ropa de calle y el equipo portátil que aún no ha sido desinfectado debe permanecer en esta área. Se trata de un área controlada en donde se detiene a las personas que van llegando al área quirúrgica.
- Área de transición. En esta área, las personas se están preparando para ingresar a las áreas semirestringidas o restringidas. Deberá cambiarse la ropa de calle por el atuendo quirúrgico correspondiente para entrar en la zona semirestringida. El

atuendo quirúrgico será: pijama de trabajo de dos piezas (camisa y pantalón), de distinto color del resto de uniformes que se utilizan en el hospital, calzado específico y de uso exclusivo para quirófano. En su defecto, cubrir con calzas de plástico el que se esté usando; gorro para cubrir el cabello (se cubrirá el máximo posible) y mascarilla para cubrir la nariz y la boca (a utilizar sobre todo en zonas restringidas).

- Área semirestringida. Aquí sólo se puede tener acceso con ropa quirúrgica, es decir, pijama quirúrgico. Esta zona incluye los corredores (tanto de limpio como de sucio) de acceso a los quirófanos, además de la zona de clasificación prequirúrgica o espera preoperatoria. Al paciente se le pondrá gorro y calzas, y se le pasará a una cama, camilla o silla con ruedas limpias, exclusiva del departamento quirúrgico antes de ir hacia las zonas restringidas.
- Área restringida. Se requiere mascarilla obligatoriamente como complemento del atuendo quirúrgico. En estos espacios se llevan a cabo procedimientos estériles. Estas zonas son: antequirófanos, cuartos de lavados prequirúrgico de manos y brazos y quirófanos.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia de la correcta actuación en la zona quirúrgica, mediante vestimenta y demás actuaciones ya que es una zona del hospital muy delicada y hay que tener especial cuidado con la asepsia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo hemos llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Hemos realizado una búsqueda sistemática en libros sobre ciencia sanitaria y también hemos consultados diversas páginas de internet y artículos en las principales bases de datos como Scielo.

4 Resultados

El quirófano es el área hospitalaria con mayor grado de tecnología y complejidad, que requiere unas condiciones especiales de limpieza, baja o nula contaminación microbiana y seguridad.

Las funciones del celador en los quirófanos serán las siguientes:

1. Tendrán a su cargo el traslado de los pacientes desde la unidad correspondiente a quirófanos, reanimación y viceversa, cuidando en todo momento de que a cada paciente le acompañe toda la documentación clínica precisa que debe ser facilitada por el enfermero de la unidad de procedencia.
2. En los quirófanos auxiliarán en todas aquellas labores propias del celador destinado en estos servicios, así como en las que les sean ordenadas por los médicos, supervisoras o enfermeras/os.
3. El celador introduce y saca a los enfermos del área quirúrgica para las intervenciones, colocándolos y retirándolos de la mesa de operaciones ayudados por el personal sanitario.
4. Ayudarán, a requerimiento del médico o la supervisora o persona responsable, a la sujeción o movilización de los pacientes que lo requieran.
5. Durante las intervenciones quirúrgicas, el celador permanecerá en el antequirófano por si precisaran de sus servicios.
6. Transportarán a los servicios correspondientes los objetos y documentos que les sean confiados por sus superiores.
7. Trasladarán los aparatos o mobiliario que se requiera.
8. Harán los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.
9. Observarán las normas internas del Servicio de Quirófano generales para toda la Unidad, en especial las referidas a la asepsia o higiene.
10. Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que pudieran encontrar en la limpieza y conservación del edificio y material.
11. También serán misiones del celador todas aquellas funciones similares a las anteriores y que no hayan quedado específicamente reseñadas.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador dentro del equipo de atención al paciente en el medio quirúrgico es muy importante. Por este motivo se requiere tener unos conocimientos sobre como colocar al paciente, como sujetar extremidades del paciente para que el cirujano prepare la zona para la intervención, etc. Además, su trabajo estará sujeto a las pautas y órdenes del personal encargado de la intervención y colaborará al máximo con el personal sanitario quirúrgico.

6 Bibliografía

1. Celadores. Instituciones Sanitarias. Editorial CEP.

2. Es.wikipedia.org
3. www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm
4. www.scielo.org

Capítulo 86

EL DESEMPEÑO DEL TRABAJO DE UN CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARCOS SANCHEZ CASERO

1 Introducción

La Unidad de Vigilancia Intensiva, también conocida como Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), es un servicio altamente especializado en la asistencia, vigilancia y control de los pacientes en estado crítico.

Se puede definir como un área específica del hospital, en la que, de una manera adecuada, se puede monitorizar, realizar los procedimientos diagnósticos, ayudar de forma controlada al mantenimiento de las funciones vitales, y administrar el tratamiento definitivo a aquellos pacientes cuya vida se encuentra en peligro a causa de enfermedades potencialmente reversibles.

Por las características de los enfermos ingresados en ella, los celadores deben estar muy bien preparados para realizar los cambios posturales de los pacientes de manera adecuada ya que su movilidad no puede hacerse bruscamente.

2 Objetivos

Asegurar que el celador conozca sus funciones y obligaciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones que los celadores deben desempeñar en su trabajo en la UCI son ayudar a la enfermera y a las auxiliares en la movilización de los pacientes siguiendo sus indicaciones ya que la gravedad de estos pacientes lo exige. Los celadores trasladarán los aparatos y el material necesario haciéndolo con cuidado para no deteriorarlos. Transportarán y colocarán, cuando no exista instalación centralizada, la botella de oxígeno a la cabecera del enfermo, bajo la vigilancia de la enfermera, adaptando el manómetro y abriendo la botella.

Deben de controlar la entrada de visita así como su salida y que los visitantes estén lo debidamente autorizados y con vestimenta adecuada para realizar la visita (bata desechable, papis, gorros, etc.). Trasladará a los pacientes, acompañado por médico y personal de enfermería, para la realización de pruebas diagnósticas que no puedan llevarse a efecto en la unidad.

Entre las obligaciones de los celadores, dado el estado de los pacientes, deberán estar uniformados con bata asépticas cada vez que entren y salgan, deben estar muy bien preparados en el movimiento de los enfermos, ya que su movilidad no puede hacerse bruscamente.

5 Discusión-Conclusión

El personal no sanitario, en especial celadores, son uno de los pilares más importantes de los servicios de salud, sin los cuales la atención sanitaria a pacientes sería casi imposible y nefasta, ya que son los encargados del bienestar del paciente y de la tramitación de sus procedimientos, para que éste se encuentre satisfecho con la atención que ha recibido por parte de su Servicio de Salud.

El celador suele ser la primera persona con la que contactan enfermos y familiares

al llegar a la Institución. Este aspecto es muy importante, ya que de la forma en que se establezca este contacto se puede originar una buena o mala impresión de los mismos. Por esto es tan importante una buena formación de éste personal. El trabajo de los celadores es tan necesario que sin el apoyo de los mismos se llegaría a paralizar la marcha de la Institución.

6 Bibliografía

- http://www.elgotero.com
- http://www.juntadeandalucia.es/boja/boletines/1995/92/d/46.html
- Celador conductor. Servicio Andaluz de Salud. Temario específico. tema 22 Editorial MAD •
- http://3.bp.blogspot.com/-9p8UcA5NCPI/TW_8XltXEHI/AAAAAAAAAQQ/JakLRTpxLVI/s1600/Lipo .jpg
- http://informateaqui.com/v1/wp-content/uploads/2011/11/ambulancia.jpg
- http://www.medihelpservices.com/images/medihelp/mh03.jpg
- http://www.hospitalpioxii.com/imagenes/radiodiagnostico.jpg
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador.htm
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm
- http://www.elgotero.com/funciones_del_celador.htm
- INSALUD. Celadores temario 1. Centro de estudios Adams. Temas 11, 12, 13, 14, 18.
- El celador en servicios especiales y centros de salud. Formación continuada Logoss. 13º edición. Temas 6, 7, 10.

Capítulo 87

EFECTOS NOCIVOS QUE PADECE EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO POR EL USO DE PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS

MARÍA JESÚS GARCÍA POVEDANO

1 Introducción

Podemos definir la pantalla de datos como la pantalla alfanumérica o gráfica, independientemente del método de representación visual utilizado.

Los auxiliares administrativos sanitarios, trabajan asiduamente con pantallas de visualización de datos (ordenadores, monitores, pantallas, etc.) y ello puede producir deslumbramientos. Por un lado, deslumbramientos directos producidos por la visión directa de fuentes de luz brillantes, bien por el contraste de pantallas de ordenador y por la iluminación general, y por otro lado, por deslumbramientos indirectos como los reflejos.

Los principales problemas asociados al uso de las pantallas de visualización de datos, suelen estar estrechamente relacionados con un mal diseño, con una mala distribución ergonómica en nuestro puesto de trabajo, con unas inadecuadas condiciones ambientales, con movimientos repetitivos, con los programas que usamos, con el estrés, sin olvidarnos de la presión laboral que sufrimos diariamente.

2 Objetivos

Reconocer los principales riesgos asociados al uso habitual de estos equipos, así como las medidas preventivas que deberá tener en cuenta el auxiliar administrativo para evitar posibles lesiones derivadas de estos riesgos.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en buscador científico PubMed, utilizando palabras claves como pantalla, puesto de trabajo, riesgo y medidas preventivas, etc. Además, se realiza una búsqueda en bibliografía especializada.

4 Resultados

Los principales riesgos asociados a la utilización de estos equipos de trabajo son:
- Trastornos musculo- esqueléticos.
- Problemas visuales.
- Fatiga mental.

Que están relacionados directamente:
- Con la frecuencia y duración de los períodos de trabajo ante la pantalla.
- Intensidad y grado de atención requeridos por la tarea.

En el uso de las pantallas de visualización de datos con las que realizamos nuestro trabajo diario, para que no nos causen perjuicios a corto o a largo plazo, es preciso que sigamos una serie de medidas preventivas:
- No debe de tener ni brillos ni reflejos ni nos tiene que deslumbrar.
- Debemos de poder inclinarla y orientarla según nuestras necesidades, además de que tanto la luminosidad, el contraste y su fondo de pantalla se puedan ajustar fácilmente.
- La imagen que proyecte debe de ser estable y sin destellos.
- Debemos de situar el borde superior de la misma a la altura de nuestros ojos y a una distancia entre 40 o 60 centímetros de nosotros.
- También haremos pequeñas pausas de unos 5 minutos aproximadamente, cada 50 minutos y caminar.

5 Discusión-Conclusión

El acondicionamiento del lugar de trabajo y del puesto de trabajo, así como la situación y las características técnicas de las fuentes de luz artificial, deberán coordinarse de tal manera que se eviten los deslumbramientos y los reflejos molestos en la pantalla u otras partes del equipo.

La iluminación general y la iluminación especial (lámparas de trabajo), cuando sea necesaria, deberán garantizar unos niveles adecuados de iluminación y unas relaciones adecuadas de luminancias entre la pantalla y su entorno, habida cuenta del carácter del trabajo, de las necesidades visuales del usuario y del tipo de pantalla utilizado. Si mantenemos una buena higiene postural y seguimos unas recomendaciones mínimas y básicas estaremos ayudándonos a mejorar nuestro rendimiento laboral, no sufriremos lesiones trabajando y además, estaremos más cómodos y seguros.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 488/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización. Publicado en el BOE número 97, de 23 de abril de 1997 https://www.boe.es/eli/es/rd/1997/04/14/488/con
2. González Mestre, Diego. Ergonomía y psicosociología (2007).
3. Protocolos de vigilancia sanitaria específica. Pantallas de Visualización de datos. Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. https://www.mscbs. gob.es/ciudadanos/ saludAmbLaboral /docs/datos.pdf
4. Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de equipos que incluyan pantallas de visualización.
5. https://www.insst.es/-/guia-tecnica-para-la-evaluacion-y-prevencion-de-los-riesgos-relativos-a-la-utilizacion-de-equipos-con-pantallas-de-visualizacion-ano-2006
6. Disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización de datos. (Real Decreto 488/1997, de 14 abril. B.O.E. nº 97, de 23 abril).
7. Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de equipos con Pantallas de visualización. INSHT.
8. Disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo. (Real

Decreto 486/1997, de 14 de abril. B.O.E. nº 97, de 23 abril).
9. Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de lugares de trabajo. INSHT.
10. Manual de normas técnicas para el diseño ergonómico de puestos con pantallas de visualización (2ª edición). INSHT.
11. Instrucción básica para el trabajador usuario de pantallas de visualización de datos.
12. Pantallas de visualización de datos (P.V.D.): fatiga postural. 90
13. NTP 242: Ergonomía: análisis ergonómico de los espacios de trabajo en oficinas.
14. Pantallas de visualización: medida de distancias y ángulos visuales.
15. NTP 602: El diseño ergonómico del puesto de trabajo con pantallas de visualización: el equipo de trabajo.
16. Folleto: Riesgos del uso de pantallas de visualización de datos. ASES, financiado por la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales. Direcciones de Internet consultadas.
17. Ocularis, el proyecto divulgativo sobre la visión.
18. ISTAS (Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud) www.istas.ccoo.es/

Capítulo 88

EL CELADOR Y ACTUACIÓN RESPECTO AL ENFERMO MENTAL. FUNCIONES EN EL ÁREA DE PSIQUIATRÍA.

MARGARITA FERNANDEZ PULGAR

1 Introducción

Según cita la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su definición de salud, la describe no sólo como la ausencia de enfermedades físicas, si no como un estado de bienestar físico, psíquico y mental. Así pues, no es posible tener buena salud sin tener en cuenta la salud mental.

Con la aprobación de la Ley General de Sanidad en el año 1986, (Ley 14/1986, 25 de abril, General de Sanidad), se reconoce al enfermo mental como paciente y por tanto un usuario más que requiere de servicios sociales y sanitarios en igualdad al resto de enfermos. Por ello, los hospitales en la actualidad cuentan con unidades especializadas de hospitalización para el tratamiento de dichos enfermos que así lo precisen.

Lo que se pretende con dicha Ley, aparte de reconocer al enfermo mental dentro de la sociedad, es incorporar dichos enfermos dentro de Sistema Sanitario, y para ello se han creado hospitales de día, centros de salud mental, unidades de hospitalización, e intentar que desaparezcan lo que conocemos anteriormente como manicomios, que eran centros donde se confinaban a estos enfermos para intentar mantenerlos apartados de la sociedad.

Hoy en día la Salud Mental se afronta desde las unidades de Atención Primaria y desde la Atención Especializada. Para ello se crean distintos recursos de asistencia en Salud Mental. Uno de ellos son los centros rehabilitadores, que tendrán como función principal rehabilitar al enfermo y reintegrarlo a la sociedad de nuevo. Cabe destacar:
- Centros de día.
- Centros media y larga estancia.
- Talleres y pisos.

Por otro lado se encuentran los hospitales de día y áreas de hospitalización, son unidades de hospitalización localizadas en Hospitales Generales y activas las 24 horas del día y donde se encuentran pacientes que precisan atención por las siguientes causas:
- El trastorno que padece supone un riesgo para sí mismo y para su entorno.
- Los tratamientos que recibió anteriormente en otras instituciones no le han dado resultados.
- Su familia y entorno no pueden atender las necesidades relacionadas con su enfermedad por requerir ayuda profesional.
- Para evaluación de su estado con un fin diagnóstico.
- Desintoxicación.
- Enfermedad física y psíquica.

El área de hospitalización psiquiátrica está atendida por un equipo multidisciplinar de personas que incluye personal no sanitario, como celadores, y todos ellos actúan de manera conjunta.

2 Objetivos

- Conocer las funciones de los celadores en las unidades de de salud mental hospitalarias.
- Saber distinguir síntomas que nos puedan ayudar a anticiparnos ante una situación de emergencia.
- Aprender normas de actuación frente a pacientes agitados y agresivos.
- Saber colaborar con el equipo multidisciplinar presente en el área de psiquiatría conociendo las medidas a adoptar frente a determinados casos, en el deber de desarrollar nuestras funciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando un paciente se encuentra en un estado de mucha inquietud o agresividad, el celador deberá ayudar al equipo sanitario en el tratamiento del enfermo, y para llevar a cabo nuestras funciones de manera eficaz debemos conocer primero las llamadas Fases de Hostilidad que vienen determinadas por:

1. Fase racional. En esta fase la mayoría de los enfermos están abiertos a razonar, por lo que debemos intentar hablar con ellos, discutiendo de forma tranquila y apacible el problema, y con ello intentar resolver la situación con palabras, hablándole con calma e intentando convencerle de que se tranquilice.
2. Fase sólida. Algún factor provoca que el paciente se agite y le provoque una conducta de enfado. El paciente no es capaz de razonar, por lo que no intentaremos calmarlo con palabras. La mejor opción en esta fase es utilizar la escucha activa, dejar que el propio enfermo sea el que hable, escuchándole con paciencia y mucha calma.
3. Fase de enlentecimiento. La sensación de enfado y agitación no seguirá si no existe otro acontecimiento que le siga provocando, por lo que el enfermo se irá calmando, se agotará y se vendrá abajo.
4. Fase de afrontamiento. Después de estar escuchándole sin interrupción, podremos intervenir, empatizando con él, sin juzgar en ningún momento su actuación. Debemos hablarle con calma, en un buen tono y tratando de entenderlo. Todo ello tendrá como resultado que su ira disminuya y dé lugar a una fase de calma.
5. Fase de enfriamiento. Si realmente llegamos a empatizar con el paciente, este llegará a calmarse por sí solo al sentirse comprendido.
6. Fase de solución. El enfermo vuelve al estado inicial de normalidad, y es aquí cuando se intentará afrontar el problema, porque entonces ya estará receptivo y razonará sin problema. Si no logramos llegar a la fase de solución, pediremos ayuda y no seguiremos intentándolo.

Para afrontar las fases por las que pasa un paciente en estado de agitación, debemos actuar haciendo uso de la empatía, utilizando la escucha activa, manifestando sentimientos e incluso recompensarle si lo creemos oportuno. No debemos dudar nunca en pedir ayuda si no somos capaces de afrontar la situación.

Hay que tener en cuenta que el plan de actuación para con el enfermo psiquiátrico agitado debe ser llevado a cabo en equipo y siempre teniendo en cuenta los informes médicos referentes a cada caso en concreto, dependiendo de su estado.

A veces puede ocurrir que el paciente esté en un estado de agitación tan grande y desmesurada, que para contenerlo se tenga que utilizar la reducción del mismo. Existen 3 tipos de reducción del paciente:
1. Reducción verbal. Se intenta tranquilizar al enfermo mediante estímulos positivos, cuidándonos de no mantener una postura amenazante.
2. Reducción farmacológica. Se emplearán fármacos para tranquilizar al paciente y lograr así someter su voluntad.
El celador ayudará al equipo de enfermería cuando los pacientes se nieguen a colaborar en el suministro de los mismos. Seguiremos en todo momento las instrucciones que se nos den y velaremos por nuestra integridad física y la del equipo sanitario.
3. Reducción física. Siempre será el médico quien decida tomar esta medida, menos en casos de urgencia, que se adoptarán las medidas y se informará en el primer momento que se pueda al personal facultativo. La reducción física se emplea para evitar aquellas situaciones en las que el enfermo se pone en peligro a sí mismo o a las demás personas.

La reeducación física es una medida de seguridad, y se utiliza para evitar daños mayores cuando las otras medidas anteriores hayan fracasado.
- Para ello se necesitará un equipo de 4 ó 5 personas, entre las que estará el celador, que debe colaborar en todo momento en la sujeción del paciente.
- Debemos tener en cuenta la privacidad del enfermo, se llevará a cabo de forma discreta, sin público y respetando sus derechos y su integridad física.
- Los demás pacientes no colaborarán ni ayudarán en ningún caso en este procedimiento.
- No debemos olvidar que algunos pacientes que se encuentran en este estado, pueden tener a tener mucha fuerza, por lo debemos tomar medidas al respecto, cómo deshacernos de objetos que puedan ser utilizados para causar algún tipo de daño físico a nosotros o el equipo.

Para la reducción física se utilizan elementos de sujeción para inmovilizar al en-

fermo, formados por correas homologadas (segufix), y con las cuales deberíamos estar familiarizados previamente. Dichas sujeciones están formadas por: un cinturón abdominal, arnés de hombros-tórax, tiras para cambios posturales, muñequeras y tobilleras, botones y llaves magnéticas.

La reducción física utilizando la sujeción mecánica puede ser total o parcial, dependiendo del caso en el que se encuentre el paciente, y siempre con supervisión médica y personal de enfermería. El celador siempre desempeñará tareas de ayuda al equipo, nunca tomará decisiones ni actuará por su cuenta.

Debemos hacer mención al respecto de aquellos pacientes ingresados en la Unidad de Psiquiatría en situación de riesgo de suicidio, y como celadores nos encargaremos de vigilarlos y observarlos, y en el caso de que notáramos o mostraran algún cambio en su actitud, o estuvieran en posesión de algún objeto que puedan utilizar para dañarse a sí mismos deberíamos informar inmediatamente.

La conducta suicida puede darse en cualquier diagnóstico psiquiátrico, y según estudios realizados, debemos tener en cuenta que los hombres tienen tentativas más graves y las mujeres tienen mayor frecuencia de tentativa.

5 Discusión-Conclusión

El celador destinado en la Unidad de Psiquiatría debe estar formado y familiarizado con los diferentes tipos de trastornos que padecen los enfermos de dicha área para poder realizar sus funciones con mayor eficacia. Debe tener un carácter afectuoso y empático, puesto que son enfermos sensibles que requieren de un trato delicado. Estará siempre dispuesto para ayudar, tanto a los pacientes como a los demás profesionales que componen dicha unidad. Sus funciones serán variadas:

- Cuidar del entorno de los pacientes, controlar tanto ruidos como la iluminación, para favorecer el descanso de los mismos.
- Debemos vigilar y observar a los pacientes ante cualquier posible autolesión o agresión. Extremar las precauciones ante la sospecha de cualquier riesgo.
- Ayudar y vigilar a los pacientes en el aseo personal.
- Llevar el control de pacientes y personas que acceden y permanecen dentro del área de psiquiatría.
- Trasladar medicación, documentos, objetos y material encargados por el personal sanitario y supervisores.

- Vigilar a los pacientes ingresados en sus salidas permitidas al exterior y asegurarnos que no se producen altercados entre ellos, así como controlar la puerta de entrada y salida.
- Trasladar a los enfermos que lo precisen a otras áreas o consultas, y también en el servicio de ambulancia que lo requiera.

Las funciones de celador en la unidad de psiquiatría tienen como objetivo asegurar el bienestar tanto de los pacientes como del equipo que forma esta unidad hospitalaria.

6 Bibliografía

1. Temario celador Campus Salud.
2. celadoresonline.blogspot.com
3. astursalud.es
4. cgtsanidadlpa.org
5. madrid.org
6. consaludmental.org
7. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
8. https://www.scielo.org/es/
9. https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 89

DIGITALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN SANITARIA EN LOS HOSPITALES

MARÍA CRISTINA DÍAZ VILAS

1 Introducción

La incorporación de las TIC por parte de los servicios de salud de las comunidades autónomas, ha dotado en los últimos años a usuarios y profesionales de sistemas y aplicaciones que han facilitado a ambos colectivos el acceso a una información de calidad sobre la salud. Pero estos sistemas no han sido concebidos para ofrecer información cuando el paciente está fuera del ámbito geográfico donde ésta se ha generado.

Vivimos en una sociedad en la que cada vez con mayor frecuencia nos desplazamos por motivos familiares, laborales o de todo tipo, lo que ha provocado que nuestros usos y costumbres cada vez estén más relacionados con el uso de la tecnología y los servicios online, tanto para transacciones financieras, como para compras o instancias de ocio.

Así pues, es necesario que nuestros sistemas de salud se adapten a estas nuevas necesidades, y la información de cada paciente pueda ser compartida por los distintos servicios de salud de las CCAA para ofrecer a los pacientes el mismo servicio con independencia de dónde se encuentren. Y para ello se crea la Historia Clínica Digital del Servicio Nacional de Salud. La idea de este servicio no es que profesionales y ciudadanos puedan acceder a la totalidad de los contenidos existentes en la Historia Clínica Electrónica de las comunidades autónomas, sino

sólo a aquellos datos que sean relevantes desde el punto de vista clínico porque resume lo esencial del contenido de la historia clínica del ciudadano.

Para ello, se han definido los documentos electrónicos que contienen los datos auténticamente relevantes para la atención sanitaria de un ciudadano:
- Historia Clínica Resumida.
- Informe de Atención Primaria.
- Informe Clínico de Urgencias.
- Informe Clínico de Alta.
- Informe Clínico de Consulta Externa de especialidades.
- Informe de Cuidados de Enfermería.
- Informe de Resultados de Pruebas de laboratorio.
- Informe de Resultados de Pruebas de Imagen.
- Informe de Resultados de Otras Pruebas Diagnósticas.

En plena era digital lo analógico se va quedando obsoleto. La revolución digital iba a llegar tarde o temprano en el ámbito sanitario pudiendo realizar la mayoría de las gestiones a través del ordenador. La digitalización en la documentación sanitaria se ha implantado más tarde de lo previsto (recortes, crisis, etc.) lo ha ido retrasando.

En el SESPA, un organismo pionero es el nuevo HUCA (hospital de referencia de la sanidad asturiana) que entró en funcionamiento en el año 2014.

Dentro del servicio de atención al usuario existen varios departamentos interrelacionados y uno de ellos es el que nos interesa, Documentación Clínica.

En hospitales pasan al año un gran número de pacientes generando un gran volumen de documentación y pruebas analíticas, creando un problema tanto a la hora de consultar la información como en el espacio físico del propio centro. El hospital necesita una buena gestión de la documentación para poder prestar correctamente el servicio al paciente. Nuestra tecnología permite además de la digitalización de documentos implementar un gestor documental generando numerosos beneficios al centro para prestar el mejor servicio sanitario.

El HUCA es uno de los hospitales más adelantados en la implantación de las nuevas tecnologías sanitarias. Cuenta con una historia clínica electrónica centrada en el paciente y accesible desde cualquier punto del centro, de forma que permite incorporar el conocimiento a la toma de decisiones y aplicar los últimos avances en la práctica clínica. Su incorporación ha logrado un impacto positivo

en todas las áreas. En Urgencias ha permitido introducir mejoras progresivas con un ahorro medio de 23,7 minutos por paciente. En las consultas de anestesia se ha reducido un 30% el tiempo de acceso y revisión de la información. Asimismo, en un tema clave como la seguridad de los pacientes y la calidad de la asistencia, la digitalización ha mejorado el control de la medicación y la adopción de cambios aconsejados por determinar dos parámetros clínicos como el nivel de potasio. También se ha evitado la duplicidad de primeras consultas y pruebas diagnósticas que no aportan beneficios al paciente. Por ejemplo, en los últimos tres meses, se han detectado en una sola área del hospital 361 pruebas que se habían solicitado como primeras pese a que ya existían otras previas o se trataba de revisiones.

La definición de la OMS (Organización Mundial de la Salud), que define el término e-Health, al que se refiere en español como Cibersalud, de esta forma: "el uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para la salud" (Global Observatory for eHealth –a WHO initiative).

Es importante señalar también que la OMS hace referencia a la e-salud como "la transferencia de recursos y cuidados de salud por medios electrónicos".El término engloba 3 áreas principales:

- La entrega de información sanitaria, por profesionales sanitarios y consumidores, a través de Internet y telecomunicaciones.
- La utilización del poder de las tecnologías de la información y el comercio electrónico para mejorar los servicios de salud pública, por ejemplo a través de la formación de los profesionales sanitarios.
- El uso de prácticas relacionadas con el comercio electrónico en la gestión de servicios sanitarios. Sea como fuere, nos entenderemos si decimos que la Salud Digital (o eSalud) es la aplicación de las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación) a los sistemas de Salud.

Además de esto, la respuesta a por qué tanto retraso en la Transformación Digital en Salud hay que buscarla en la gran complejidad de los sistemas de salud, con disparidad de intervinientes (administración, reguladores, aseguradoras, profesionales de la salud, pacientes, ciudadanos, industria farmacéutica, de tecnología médica y biotecnológica, etc.), y en los que se maneja un volumen muy elevado de información, lo que sin duda brinda un gran potencial, pero también presenta una serie de barreras, problemas legales y cuestiones éticas para las que aún hay que encontrar las soluciones adecuadas. Y, entre estas barreras, como se viene haciendo hincapié en los últimos tiempos, destacan:

- La gestión del cambio organizativo y del cambio de roles de los profesionales que supone la implementación de tecnologías de la información y de la comunicación (TIC).
- La dificultad en identificar cuáles son las intervenciones que son eficaces y a la vez aportan valor, dado que existen retos metodológicos relevantes en la evaluación de la efectividad y del impacto de las intervenciones digitales.

Nos encontramos con un decálogo de Retos para la adopción de la Salud Digital en el Sistema Nacional de Salud:
- Organismos Independientes de Salud Digital.
- Reorganización de la Información.
- El paciente como eje central.
- Atención de las enfermedades crónicas.
- Nuevos sistemas de Historia Clínica (Historia Clínica Adaptativa).
- Diagnóstico por imagen.
- Patología Digital.
- Telemedicina.
- Data Analytics, Big Data, Inteligencia Artificial.
- Open Data.

2 Objetivos

Custodiar y mantener la documentación clínica que se genera en el HUCA, garantizando su confidencialidad y acceso seguro por parte de los distintos profesionales sanitarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

La documentación que se genera en el hospital se envía directamente a dicho departamento, se separa por dígitos del 0 al 9 tomando como referencia el último dígito de la historia clínica del paciente. Para agilizar el trabajo la documentación se clasifica en:
1. Consentimientos informados.
2. Informes.
3. Imágenes.
4. Resultados.
5. Sin clasificar (documentos que no encajan en la clasificación anterior).

Se digitaliza en el momento la documentación llevada por usuarios y profesionales sanitarios que requiere cierta urgencia. Otra labor importante es la digitalización de CD que contiene imágenes de pruebas diagnósticas (TAC, Resonancias, etc.) y placas. Se trata de un procedimiento sencillo, se introducen los documentos en una digitalizadora donde previamente introduce en el ordenador el número de historia clínica del paciente, tipo de documento y ya va leyendo documento dicha máquina. Prácticamente al instante se puede leer los documentos introducidos en el portal clínica donde está grabada toda la documentación que se haya registrado. Posteriormente, la documentación digitalizada se deposita en unos contenedores especiales para su destrucción siguiendo las medidas de seguridad establecidas.

Entre los diferentes apartados, cabe destacar:
- Acceso inmediato: la información podrá ser consultada desde cualquier ubicación y en todo momento sólo disponer de una conexión a Internet. Acceso desde cualquier lugar del hospital al historial clínico por cualquier doctor, lo que convierte a la digitalización en algo útil y eficaz.
- Eficacia en la búsqueda: el profesional podrá acceder a la información inmediatamente, pudiendo ver un documento varios profesionales.
- Seguridad de la documentación: al visualizar archivos digitalizados, evitamos el deterioro del papel del documento original, siendo este custodiado para poder ser recuperado en caso necesario.
- Mayor espacio y productividad: el centro al no tener que archivar gran cantidades de documentos, dispondrá de más espacio y su personal será más productivo a la hora de acceder a la documentación, evitando desplazamientos y tiempos en la búsquedas.

- Rapidez de acceso a los datos del paciente. Se acabó pasear los historiales clínicos. Solo con teclear el nombre del paciente o su número de historia tendremos acceso a todo en cuestión de segundos.
- Confidencialidad: sólo personas autorizadas accederán datos del usuario según el perfil de usuario que tenga en el sistema informático.
- El tiempo medio de digitalización es aproximadamente una semana desde la documentación enviada.
- Desde su entrada en funcionamiento, el volumen de trabajo se ha ido incrementado sobre en consentimientos informados y CD.
- Menor volumen de trabajo para los auxiliares administrativos los cuales ya no tendrán que archivar las historias clínicas.
- Menor volumen de trabajo para los celadores de trasladar las historias clínicas desde el Archivo a las Consultas Médicas y desde la Consultas Médicas al Archivo.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental la labor de divulgación y concienciación hacia los responsables de la administración, los profesionales sanitarios y el público en general, en relación a la importancia de avanzar en la transformación digital en el sector de la salud al mismo ritmo que hacemos en otras áreas.

El Principado de Asturias tiene activa la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud, con la que da servicio a casi la mitad de la población de la comunidad que disponen de Tarjeta Sanitaria Individual. El servicio está activo tanto con perfil de emisor como del receptor.

Dentro de los distintos documentos que incluye la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud, los ciudadanos y profesionales disponen de:
- Informe Clínico de Urgencias.
- Informe Clínico de Alta.
- Informe Clínico de Consulta.
- Informe de Cuidados de Enfermería.

6 Bibliografía

1. Pliego de las prescripciones particulares (PPT) de la Contratación de Suministros de Implantación y Licencia Corporativa para un Software de digitalización

de historias clínicas del Principado de Asturias.
2. Ley 41/2002 de 14 de noviembre Derechos y Obligaciones de materia de Información y Documentación Sanitaria.
3. Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de Protección de datos y garantía de derechos digitales.
4. Ley 39/2015, 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.
5. Ley 40/2015, de 1 octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.
6. www.astursalud.es

Capítulo 90

EL PERSONAL Y LOS DISTINTOS AISLAMIENTOS EN EL HOSPITAL

SERGIO MENDEZ VILLANUEVA

JUAN JOSE CIMADEVILLA GARCIA

BENIGNO GARCIA GONZALEZ

1 Introducción

Sabiendo que el aislamiento está indicado ante la sospecha clínica o evidencia de una enfermedad transmisible. Las normas deben ser aplicables a todos los pacientes infectados provenientes de la comunidad o con infecciones intrahospitalarias o en prevención de dichos casos. La prevención y el control de epidemias o pandemias disminuyendo los casos de contagio así como controlar la contaminación microbiológica evitando la transmisión de agentes infecciosos implantado normas de aislamiento.

La normativa MINSAL utiliza tres tipos de aislamientos: aislamiento estricto por aerosoles, aislamiento respiratorio por gotitas y aislamiento de contacto. Así veremos la forma de prevenir la propagación de las enfermedades transmisibles entre pacientes, personal y visitantes. Pasaremos a ver distintas formas de prevención, control y aislamientos.

En el momento de la indicación, es necesario considerar lo siguiente: el objetivo es aislar el foco infeccioso y no necesariamente al paciente. A fin de establecer las medidas de aislamiento adecuadas, sin exagerarlas ni minimizarlas, es necesario conocer la epidemiología de la enfermedad infecciosa que afecta al paciente.

El aislamiento no es igual en todos los casos y por lo tanto, los materiales necesarios y técnicas varían entre unos y otros dependiendo del objetivo que desee lograr. El aislamiento está dirigido a interrumpir la cadena de infección actuando principalmente sobre la o las vías de transmisión.

El periodo de aislamiento debe durar hasta que la fase infecciosa de la enfermedad haya terminado. La fase infecciosa es específica para cada enfermedad. Interrumpir la cadena de transmisión de una enfermedad infecciosa a fin de prevenir el contagio entre pacientes y comunidad.

El objetivo dependiendo de las zonas a tratar dependerá de las políticas sanitarias a aplicar por los países para cortar el contagio de una enfermedad infecciosa.Se busca por tanto interrumpir la cadena de transmisión de una enfermedad infecciosa para prevenir el contagio de pacientes, personal hospitalario y comunidad.

En un servicio de salud los encargados de promover, aplicar y supervisar el cumplimiento de las normas son: dirección del hospital y comité control de infecciones.

Es importante destacar:
- Prevenir y controlar los brotes epidémicos de enfermedades transmisibles, disminuyendo el número de epidemias y el número de personas infectadas.
- Controlar la contaminación microbiológica ambiental a fin de evitar transmisión de los agentes infecciosos por esa vía. Racionalizar recursos humanos y materiales para la atención de los pacientes con enfermedades infecciosas.

Por lo tanto, las posibilidades de instalar un aislamiento varían en complejidad y costo. El hospital debe destinar recursos para el establecimiento de técnicas de aislamiento. Para este fin deben considerarse las siguientes características: servicios con los que cuenta, tipo de pacientes que atiende, complejidad de la atención.

Los cuidados a tomar con el paciente contagioso, atendiendo a los tipos de aislamiento serán que esté sufriendo una enfermedad contagiosa o sospechas de ello para proceder al imponer el tipo de aislamiento más adecuado para la prevención de la trasmisión. Las actuaciones a tomar y la colocación de barreras de contagio y su colocación:
-Primero nos lavaremos las manos.
- Nos colocaremos el gorro y las calzas.
- A continuación nos pondremos la mascarilla.

- En último lugar por orden serán las gafas o pantalla la bata y los guantes.

El orden para quitarlo y salir del aislamiento es al revés.

El lavado de manos es la medida más importante para evitar la trasmisión de enfermedades infecciosas hospitalarias:
- Lavado ordinario, se usará agua y jabón suficiente para eliminar la flora transitoria. Ésta se emplea en los siguientes casos: antes y después de lavar a los enfermos o contacto con los pacientes o por contacto con superficie o material contaminado.
- Lavado quirúrgico, este debe durar diez minutos aproximadamente con detergente antiséptico y lavado hasta los codos, aclarando con abundante agua. En este tipo de lavado debe haber una habitación individual obligatoria con equipo de extracción de aire o sistema de presión negativa manteniendo puertas cerradas y extractor de aire o con sistema de presión negativa encendido. En caso de no contar con el sistema, abrir ventana si es posible. El uso de mascarilla es obligatorio al entrar a la habitación: mascarilla N95 en tuberculosis pulmonar y mascarilla quirúrgica para el resto de las patologías. Retirar al salir de la habitación. Además destacar el uso de mascarilla quirúrgica para el paciente siempre al salir de la habitación.
- Aislamiento en cohorte, es el conjunto de procedimientos que permite la separación de pacientes infectados con una misma patología o agente infeccioso, de los huéspedes susceptibles, durante el período de transmisibilidad de la enfermedad, en lugares y condiciones tales que permitan cortar la cadena de transmisión de infecciones de acuerdo a la vía de transmisión de los patógenos involucrados. Se usa de preferencia en brotes epidémicos o ante la endemia de determinados microorganismos.

Las medidas de control corresponden a la categoría de aislamiento de acuerdo al tipo de agente etiológico causante de la infección. Por este motivo puede existir: aislamiento de vía aérea en cohorte, aislamiento por gotitas en cohorte y aislamiento por contacto en cohorte. Los pacientes de un aislamiento en cohorte sólo pueden abandonar el aislamiento al alta de la patología que motivó su ingreso. No debe ingresar pacientes con otra patología una vez iniciado el período de admisión a la cohorte. Se pone término a la cohorte cuando se ha comprobado mejoría clínica y microbiológica del último paciente y no hay posibilidad de nuevos ingresos.

En el aislamiento protector su objetivo es proteger a pacientes de alto riesgo

del contacto con microorganismos transmisibles. Este aislamiento es una modificación del aislamiento estricto que no considera el manejo especial de material después de su uso, por no estar contaminado con gérmenes patógenos. Se aplica en: pacientes inmunosuprimidos con menos de 500 neutrófilos x mm3, trasplantados y oncológicos. Los objetos inanimados del ambiente hospitalario constituyen reservorio de microorganismos patógenos, sin embargo la evidencia científica en la mayoría de los estudios epidemiológicos ha demostrado que la mayor transmisión desde estos reservorios es a través de las manos del equipo de salud.
El aislamiento de contacto se aplica ante la sospecha o confirmación de los siguientes microorganismos: cuadro diarreico de origen infeccioso (Rotavirus, Adenovirus, Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, entre otros), úlceras, quemaduras y heridas abiertas con secreción, con o sin cultivo o colonización y/o infección por agentes multirresistentes.

El uso de guantes en procedimientos es obligatorio antes del contacto del paciente o con el ambiente del paciente, al igual que el lavado de manos antes y después del uso de guantes.

En cuanto al aislamiento entérico, es la prevención de la transmisión de enfermedades por contacto directo o indirecto con deposiciones infectadas. Especificaciones: habitación individual, paciente imposible de educar, uso tarjeta aislamiento por precaución entérica y uso de guantes y delantal. Lavado de mano antes, durante y después. Además los artículos que sean desechables o reutilizables se deben rotular de contaminado. Enfermedades en los que destaca este tipo de aislamiento: cólera, diarrea, enterocolitis necrotizante, gastroenteritis por Amebiasis, Hepatitis tipo A, Tifoidea.

Aislamiento con secreciones: Prevenir contaminación con contacto directo e indirecto con material purulento, excreciones o secreciones infectadas. Especificaciones: habitación individual no necesaria, uso de tarjeta de aislamiento por precauciones con secreciones y uso de guantes y bata. Se debe realizar lavado de mano antes, durante y después. Se debe emplear en enfermedades como: abscesos menores; conjuntivitis no gonocócica; infecciones pequeñas en piel, herida operatoria y quemaduras; y úlceras de decúbito pequeñas e infectadas.

Aislamiento Respiratorio: se emplea para prevenir la transmisión de microorganismos de forma directa e indirecta de las vías respiratorias, con las gotitas que se expelen al toser, estornudar y respirar. Especificaciones: habitación individual necesaria y se debe mantener encerrada siempre. Tarjeta de aislamiento por

aislamiento respiratorio. Se debe emplear mascarilla con filtro EPA o usar sobre mascarilla quirúrgica. Se debe emplear durante tres semanas si se almacena adecuadamente y su uso es obligatorio. Se debe realizar lavado de manos antes, durante y después. Se emplea en enfermedades como : eritema infeccioso, influenza, meningitis meningococcica, parotiditis, sarampión, tos ferina y tuberculosis.

En cuanto al aislamiento de contacto, se emplea para prevenir transmisión de enfermedades por contacto directo. Especificaciones: habitación individual siempre cerrada. Pueden compartir habitación pacientes con el mismo cuadro infeccioso. El lavado de mano será antes, durante y después. Se debe usar tarjeta de aislamiento por contacto, mascarilla de un uso a menos de 1 metro, guantes y pechera. Se emplea en enfermedades como: conjuntivitis gonocócica en el recién nacido, endometritis enterocócica grupo A, herpes simple diseminado, Impétigo neonatal, infecciones cutáneas por Staphylococcus aureus o Streptococcus beta hemolítico grupo A, bacterias multirresistentes, bronquitis aguda, neumonía viral, rabia y rubeola.

Aislamiento Estricto: sirve para prevenir diseminación de enfermedades por contacto directo e indirecto. Especificaciones: habitación individual siempre cerrada. Pueden compartir habitación pacientes con el mismo cuadro infeccioso. El lavado de mano será antes, durante y después. Usar de forma obligatoria tarjeta de aislamiento estricto, mascarilla, guantes y pechera. Los artículos desechables o reutilizables se rotularán de contaminado. Artículos de atención directa y de aseo deben ser exclusivos del paciente y quedarse dentro de la habitación. Se usa en enfermedades tales como: Difteria faríngea, Herpes Zóster diseminado, paciente inmunocomprometido o Varicela (no requiere uso mascarilla personal que padeció la enfermedad).

Aislamiento en situaciones especiales: pacientes severamente comprometidos susceptibles a contraer infecciones.
- Aislamiento protector: ambientes ultra limpios en pacientes inmunodeprimidos.
- Pacientes quemados: quemaduras de gran extensión y profundidad, ya que la infección son la causa más grave y frecuente, pudiendo causar la muerte.
- Pacientes en unidades de cuidados intensivos: mayor riesgo a contraer infecciones de importancia epidemiológica.

2 Objetivos

- Prevenir y controlar brotes de enfermedades infecciosas transmisibles, disminuyendo epidemias y personas infectadas.
- Controlar la contaminación microbiológica ambiental, para evitar la propagación por esa vía.
- Racionalizar la atención de pacientes con enfermedades infecciosas.
- Prevenir la propagación de las enfermedades transmisibles entre pacientes, personal y visitantes.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- M.J. García García – Saavedra .J.C.Vicente García.- Higiene del medio hospitalario. Madrid. Paraninfo.1997
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 91

EL CELADOR ANTE LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES Y LAS DIFERENTES POSICIONES ANATÓMICAS

JERONIMO GARCIA VELASCO

1 Introducción

El puesto de celador en los hospitales está caracterizado por la polivalencia funcional en el ejercicio de las responsabilidades asociadas a su desempeño. Por ello, la formación continua de los celadores es un factor relevante para el mantenimiento actualizado de las competencias necesarias para dar la respuesta adecuada a las demandas de la población, de los pacientes y de la propia organización.

Los celadores deben conocer las diferentes posiciones anatómicas, así como la adecuada movilización de los pacientes y ser capaces de desplegarlo en su trabajo diario, tanto con los pacientes como con el resto de profesionales que conforman el equipo asistencial.

En la mayoría de las ocasiones, los pacientes que se encuentran en un hospital tienen reducida su movilidad, por lo que es muy habitual que el celador tenga que colaborar en su movilización, ayudándolos en los movimientos imprescindibles. Para poder realizar de forma correcta la movilización de pacientes es también fundamental que los celadores conozcan las diferentes posiciones anatómicas más utilizadas dentro del ámbito hospitalario.

2 Objetivos

Abordar las competencias técnicas requeridas por los celadores para su colaboración en la movilización de pacientes, el traslado de pacientes y el conocimiento de los aparatos, equipos e instrumentos más utilizados por los celadores.

3 Metodología

Para la elaboración de este artículo se ha llevado a cabo una revisión sistemática en bases de datos científicas como Scielo, Medline, Elsevier y Cochrane, incluyendo artículos relacionados con las diferentes posiciones anatómicas y la movilización de pacientes. Se han utilizado los siguientes descriptores: posición anatómica, movilización, paciente, celador, todos ellos relacionados con el tema a tratar. Se han utilizado a su vez filtros de búsqueda como el idioma (inglés, español y portugués) y tiempo de publicación. Finalmente, se seleccionan 6 artículos por su gran contenido y relevancia de publicación.

4 Resultados

Es fundamental que el celador conozca e identifique las posiciones más frecuentes que se utilizan dentro del ámbito hospitalario y que se emplean tanto para la exploración, el tratamiento y la prevención de lesiones. El celador es la figura principal encargada de realizar la movilización de los pacientes en el hospital y además el encargado de colocar al paciente en la posición adecuada bien sea para una intervención quirúrgica, para la realización una prueba, una exploración, un traslado o simplemente para realizar cambios posturales.

Las diferentes posiciones anatómicas son:

- Decúbito supino: la posición boca arriba es la que supone la máxima descarga para la columna. La cama ha de estar en posición horizontal y la cabeza ha de reposar sobre la almohada, manteniendo el cuerpo bien alineado, con las piernas extendidas. Para mayor confort se puede colocar unos cojines o almohada sujetando la pierna y el pie para evitar la rotación externa del miembro. Esta posición está indicada para la estancia en cama, traslados, cambios posturales y post- operatorios.
- Decúbito prono o ventral: el paciente se encuentra tumbado boca abajo, con la cabeza ladeada. Esta posición no es muy recomendable salvo para prevenir o corregir contracturas en flexión de caderas y rodillas o ante la presencia de úlceras

por presión en nalgas, caderas y talones. Durante el período de esta posición se evitará la almohada debajo de la cabeza, los brazos se han de colocar a lo largo del cuerpo o flexionados bajo la cabeza, y para mayor confort es aconsejable colocar una pequeña almohada en el abdomen para relajar la zona lumbar. Esta posición está indicada en estancias en camas y post-operatorios que así lo precisen.

- Decúbito lateral: postura de costado, la cama estará en posición horizontal y la cabeza descansará sobre la almohada manteniéndose alineada con la espalda, los brazos colocados en una posición que le sea cómoda al paciente y las piernas en semiflexión, debiendo situar una almohada entre las rodillas para evitar la presión y, si fuera necesario, otra en la espalda. Esta postura está indicada para cambios posturales, post-operatorios que así lo requieran y para realizar maniobras de clapping torácico que consisten en suaves «golpeteos» del tórax con las manos «ahuecadas» con el fin de movilizar las secreciones pulmonares.
- Bipedestación: paciente en posición vertical sobre los pies. Indicada para pruebas radiológicas.
- Posición sentado: paciente con el dorso levantado. Indicada para cambios posturales, oxigenoterapia y para la administración de medicamentos.
- Fowler o semisentado: paciente semisentado, con el torso levantado y las rodillas ligeramente flexionadas. El respaldo de la cama debe estar con una inclinación de 45º. Esta posición está indicada para estancias en cama, problemas cardiacos, respiratorios, para leer, comer, etc.
- Sims o semiprona: es una posición intermedia entre decúbito prono y decúbito lateral, la pierna inferior debe estar semiflexionada y la superior doblada por rodilla y cadera. Esta posición es utilizada para pacientes inconscientes y en cambios posturales.
- Trendelemburg: el paciente se encuentra tumbado boca arriba, en un plano oblicuo de 45º, con la cabeza más baja que los pies. Posición utilizada para favorecer el riego sanguíneo en el cerebro, tratamientos quirúrgicos de la zona pelviana, lipotimias, etc.
- Antitrendelemburg o Morestin: Trendelemburg inversa con la cabeza más alta que los pies. Posición empleada en pacientes con problemas respiratorios, pacientes con hernia de hiato, etc. También llamada Trendelemburg Inversa.
- Roser: el paciente se encuentra tumbado sobre el dorso de su cuerpo, con los hombros en el límite de la cabecera de la cama o camilla, con la cabeza colgando fuera de la misma. Esta posición es empleada para intervenciones de otorrino, neurológicas, ojos, intubación, lavado de pelo en pacientes encamados, etc., también denominada de Proetz.
- Ginecológica o litotomía: el paciente se encuentra en decúbito supino, con la

pelvis apoyada en el borde de la mesa. Las extremidades están flexionadas y apoyadas en las perneras, separadas. Utilizada para exploraciones e intervenciones ginecológicas, partos, sondaje vesical y lavados genitales.
- Genupectoral: el paciente se apoya sobre sus rodillas, con el tronco inclinado hacia delante, los brazos cruzados sobre la superficie de apoyo y la cabeza sobre ellos. Posición empleada para exploraciones rectales, administración de enemas, intervenciones quirúrgicas, etc.
- Posición de punción lumbar: paciente tumbado de lado en posición fetal o sentada con la espalda flexionada. Posición utilizada para punción lumbar o anestesia epidural.

El celador tiene que seguir unas normas generales para la movilización del paciente, como son:
- Seguir las instrucciones del personal sanitario.
- Guardar en todo momento la intimidad del paciente.
- Adaptar las medidas de higiene necesarias para cada caso.
- Evitar movimientos bruscos durante movilización del paciente.
- Garantizar en todo momento la seguridad del paciente.
- Los pasos previos que el celador debe cumplir a la movilización son:
- Informar al paciente de lo que se le va a realizar, pedir su colaboración y transmitirle tranquilidad.
- Retirar los objetos que molesten o dificulten la acción.
- Preparar el material necesario.
- Colocar la cama en la posición que más ayude en la movilización del paciente.
- Siempre frenar la cama.
- Tener cuidado con los sueros, drenajes, etc., que impidan la movilización.
- Adaptar una posición mecánica adecuada para evitar lesiones.

Una vez se ha ejecutado la movilización, el celador tendrá que tener en cuenta lo siguiente:
- Dejar acomodado al paciente.
- Volver a colocar los sueros, drenajes, etc., en su lugar.
- Verificar la seguridad del paciente.

Para aportar ayuda en la movilización, el celador puede emplear diferentes dispositivos y materiales como:
- Sábanas.
- Grúas y arneses.
- Discos giratorios.

- Transfer.
- Rolón.
- Taburete.
- Trapecio.

Las movilizaciones más comunes a las que el celador se va a enfrentar dentro del ámbito hospitalario de forma manual, siempre y cuando no se disponga de medios mecánicos para realizarlas o si el espacio no permitiera el empleo de dichos medios son:

- Movimiento del paciente hacia la cabecera de la cama: si se cuenta con la ayuda del paciente, pedirle su colaboración, flexionando rodillas, y si fuera posible, agarrándose al trapecio. El paciente se ha de impulsar hacia el cabezal de la cama mientras al mismo tiempo, el celador le sujeta y acompaña el movimiento. Evitar en todo momento que el paciente se golpee la cabeza con el cabecero de la cama. Si el paciente no colabora, el movimiento habría que hacerlo como mínimo entre dos celadores y para ello si el paciente cuenta de una entremetida, cada uno de los celadores se colocarán a cada lado de la cama sujetando la entremetida lo más cerca posible del paciente; a la misma vez desplazarán al paciente hacia el cabezal. También se podrá desplazar al paciente agarrándole por las axilas. En el caso de ser un paciente politraumatizado habría que desplazarlo en bloque.
- Movimiento del paciente hacia un lateral de la cama: se realizará entre dos celadores si el paciente no es colaborador. Para ello, los dos celadores se colocarán a cada lado de la cama sujetando la entremetida lo más cerca posible del paciente; de forma simultánea desplazar al paciente hacia el lateral de la cama. Seguidamente, doblar la rodilla del paciente contraria al sentido del giro para a continuación empujar con la entremetida hacia el centro de la cama. Siempre comprobar que el brazo del paciente no quede presionado debajo de su cuerpo.
- Movimiento del paciente de la cama al sillón o silla de ruedas: si el paciente es colaborador el celador situará la silla o sillón frenada/o junto a la cama y de forma paralela a ella. Luego incorporar el cabezal de la cama en posición Fowler y sujetar al paciente por los hombros y las rodillas, para proceder a girarlo hasta sentarlo al borde de la cama. El celador flexionará sus rodillas para abrazar ligeramente al paciente por la cintura y lo ayudará a incorporarse de pie y de forma continuada realizando en un cuarto de giro le sentará en la silla o sillón.
- Si el paciente no colabora, la técnica se ha de realizar entre dos celadores, donde el posicionamiento de la silla o sillón y la colocación del a cama en posición Fowler será igual que para el procedimiento anterior. Luego, un celador se pondrá al lado de la cabecera de la cama, en un costado y el otro se pondrá en el costado a la altura de la zona lumbar del paciente. Entre los dos, ha de quedar la silla en la

que se va a sentar el paciente. El celador posicionado en la zona media de la cama, incorporará al paciente un poco para que su compañero pueda pasarle los brazos por debajo de las axilas y lo agarre. El otro celador, cogerá al paciente por rodillas y muslos y en un movimiento sincronizado entre ambos le trasladarán a la silla o sillón. Este movimiento se puede realizar con la ayuda de una entremetida y teniendo en cuenta que la misma cubra de forma adecuada por debajo el cuerpo del paciente, y que, quede bien extendida, sin pliegues. Para acostar al paciente, el movimiento a realizar será el mismo pero a la inversa.

- Movimiento del paciente de plano a plano: si el paciente colabora, el celador deberá colocar los dos planos a la misma altura, si es posible. Ambos deben estar inmovilizados y el hueco existente entre ambos debe ser cubierto. El celador tendrá que colocarse en el lado del plano contrario en el que se encuentra el paciente acompañándole en el movimiento y procurando que no voltee. Si el paciente no colabora y fuera preciso la presencia de dos celadores, se colocará cada celador a cada lado del paciente cogiendo la sábana lo más próximo posible al enfermo. El celador más alejado del paciente apoyará su rodilla en el plano vacío para ayudarse en la movilización. Posteriormente, de forma sincronizada y a un tiempo desplazarán al paciente al plano deseado.

5 Discusión-Conclusión

Cuando hablamos de movilización de pacientes, el celador debe tener en cuenta en primer lugar la seguridad, tanto para el paciente como para el mismo. Muchos pacientes que acuden a un centro sanitario tienen mermadas sus capacidades a causa de la enfermedad, y por tanto, el celador debe ayudarles en su movilización.

La movilización de pacientes debe llevarse a cabo siguiendo unas normas para evitar riesgos y favorecer la comodidad del paciente, por eso es fundamental que le celador conozca unas nociones de mecánica corporal, reconociendo las posiciones anatómicas y las técnicas adecuadas para levantar, sentar y mover al paciente. La movilización no sólo es empleada para el traslado o cambio postura del paciente, también para ser sometidos a exploraciones, pruebas complementarias, técnicas o incluso intervenciones quirúrgicas.

6 Bibliografía

1. Gómez, J. F., & Suárez, L. F. R. Posiciones anatómicas. Tecnico Auxiliar de Geriatria. Manual. Temario. E-book, 124.

2. Romero, P. D. A., LEON, S. G., ATIENZA, J. F. M., & JIMENEZ, C. S. (2013). Técnicas básicas de Enfermería. Ediciones Paraninfo, SA.
Saturno, P. J. (2009). Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. Revista de Calidad Asistencial, 24(3), 124-130.
3. Jiménez, S. P., Antón, M. P., & Manzano, S. T. (2004). Posiciones quirúrgicas: cuidados de Enfermería y prevención de complicaciones. 5.
4. Jäger, M., Jordan, C., Theilmeier, A., Luttmann, A., & DOLLY Group. (2010, May). Lumbar-load quantification and overload-risk prevention for manual patient handling: the Dortmund approach. In Proceedings of the 8th International Conference on Occupational Risk Prevention, Creating Value through Risk Prevention Management 5e7 May, Valencia, Spain.
5. Hernández Vaquero, M. (2012). Análisis de cargas y evaluación postural en la movilización de pacientes como método preventivo de TME.
6. Gayubo Bartolomé, M. (2014). Movilización del enfermo, repercusión en el personal sanitario. Revisión bibliográfica.

Capítulo 92

IMPORTANCIA DEL CELADOR EN EL CUIDADO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

JERONIMO GARCIA VELASCO

1 Introducción

En el medio hospitalario, las úlceras por presión se consideran un problema sanitario grave, directamente relacionado con la calidad asistencial. La incidencia de úlceras por presión es un indicador vinculado con la calidad de los cuidados de enfermería ya que no se consideran como una enfermedad en sí mismas, sino como un accidente asistencial donde de ver claramente el fracaso o el éxito del equipo asistencial, es importante que dicho equipo trabaje unido para que la asistencia sea adecuada.

Si tenemos en cuenta que estas úlceras son áreas de la piel lesionada por permanecer mucho tiempo en la misma posición, veremos que los profesionales que atienden a estos enfermos tienen una gran responsabilidad, ya que gran parte de estas lesiones se producen durante su hospitalización y la gran mayoría de ellas son evitables. Algunas veces los factores que predisponen al paciente a padecer estas lesiones son intrínsecos pero muchas otras son factores extrínsecos y que pueden ser evitables con unos buenos cuidados por parte del equipo.

2 Objetivos

Describir la importancia de una buena calidad asistencial para evitar este tipo de lesiones en la piel y concienciar así a los profesionales de la importancia de la

prevención como medida principal.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en la que se han utilizado una serie de bases de datos y bibliotecas electrónicas tales como PubMed, Cuiden y Scielo.

De los 12 artículos seleccionados 5 fueron adecuados para la elaboración de este trabajo, en el cual hemos empleado palabras clave como "úlcera por presión", "calidad asistencial", "indicadores de calidad", "movilización de pacientes".

4 Resultados

Las úlceras por presión constituyen uno de los problemas más frecuentes en un centro sanitario dado que pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner incluso la vida en peligro constituyendo un problema para las personas que se encargan de su cuidado. Es frecuente en pacientes que no pueden valerse por sí mismos y que pasan la mayor parte de su tiempo en la cama, el cuidado de estos enfermos constituye un reto para los profesionales sanitarios, ya que una buena evolución de las úlceras nos indica que existe una buena calidad asistencial tanto dentro como fuera del hospital.

Estas lesiones se manifiestan como zonas localizadas de necrosis isquémica, sobre todo en aquellos tejidos que cubren prominencias óseas o en zonas donde existe un apoyo prolongado. Es un problema que puede surgir por varias causas: falta de oxígeno, falta de nutrientes, falta de riego sanguíneo por presión prolongada en una zona… Se da por la combinación de los factores intrínsecos del paciente y de los extrínsecos.

Los factores intrínsecos son los que se pueden considerar por la edad del paciente, por una pérdida de la función sensitiva y motora, por el estado general de salud del paciente, por una disminución de la percepción, un déficit de proteínas, déficit de vitamina C, nivel de hidratación de la piel, por sufrir de sobrepeso o una excesiva delgadez.

Los factores extrínsecos podemos nombrar principalmente cuatro:
- Presión, es el peso o fuerza ejercida de forma perpendicular sobre un tejido. Al producirse esta presión se deforma la piel y el tejido formándose isquemia y

necrosis en la zona de apoyo, que normalmente suele ser en una zona de prominencia ósea.
- Fricción, se produce por el roce entre la piel y la superficie donde se apoya. La fricción entre el tejido y la superficie de contacto puede provocar el deterioro de las capas de la piel, por eso es importante evitar las arrugas en la superficie de la cama.
- Cizalla, es una combinación de los efectos de la fricción y la presión donde el cuerpo sufre un deslizamiento, como por ejemplo cuando el paciente se desliza hacia abajo en la cama desde la posición Fowler.
- Humedad y microclima, estos dos factores juntos predisponen a la maceración de los tejidos, ya que una temperatura muy alta aumenta la actividad metabólica, la cual facilita la sudoración y con la aparición del sudor aumenta el nivel de humedad, con la aparición de la humedad se debilita la piel debido a la maceración, aumenta el riesgo de erosión y fricción ya que hay un nivel mayor de adhesión a la superficie de contacto y todo esto favorece a la descamación de la piel y por lo tanto el riesgo de úlcera.

Para el mantenimiento adecuado de la piel, a parte de una valoración frecuente, debemos evitar dicha maceración con el aseo diario y cambio de pañal frecuente tantas veces sea necesario, es de gran ayuda masajear las zonas de piel que no están lesionadas con una crema hidratante adecuada y aplicar una crema con base grasa en las zonas de piel más seca, así como la utilización de absorbentes y protectores de colchón en pacientes con incontinencia urinaria para evitar la anteriormente citada maceración.

Cuando una persona tiene movilidad reducida, el cambio postural es la principal medida para prevenir este tipo de lesiones, realizar estas movilizaciones con frecuencia es una excelente medida preventiva y debemos hacerlo a diario no sólo para garantizar comodidad, sino por los beneficios a nivel físico y emocional. Es aquí donde el celador, junto con el resto del equipo juega un papel importante, porque si los cambios posturales no se hacen adecuadamente se pueden producir dichas úlceras, para aliviar la presión continúa en las personas encamadas la forma correcta de hacer estos cambios será movilizar al paciente cada 2 ó 3 horas y alternando ambos lados (izquierda-derecha), la colocación del paciente boca arriba (o supino) y posición fowler.

Para mover al paciente, es importante valorar cuál es su estado para tener en cuenta si puede o no colaborar en la realización del cambio postural.

Las posiciones principales para evitar lesiones son:

- Decúbito supino, se trata de la colocación del paciente boca arriba y lo acomodaremos colocando cojines debajo de la cabeza, debajo de las rodillas y debajo de los pies.
- Decúbito lateral izquierdo o derecho, debemos situar a la persona de costado (izquierdo o derecho e ir alternando). Para acomodarlo colocamos una almohada debajo de la cabeza y otra detrás de la espalda, un cojín entre las piernas para prevenir el rozamiento y flexionar la pierna superior. Es importante colocar los pies formando un ángulo recto.
- Posición Fowler, debemos colocar la cabecera de la cama con un ángulo de entre 45°- 60° de manera que la persona quede medio sentada. Debajo de las piernas podemos colocar una almohada para que las rodillas queden flexionadas.
- En las personas que puedan estar sentadas los cambios de postura se harán cada hora.

Junto con estas movilizaciones, que como hemos dicho anteriormente deben hacerse cada 2-3 horas por regla general, debemos llevar a cabo otra serie de medidas, como por ejemplo una buena higiene es imprescindible, otra medida importante es inspeccionar la piel e hidratarla de forma adecuada a diario, llevar una dieta equilibrada con un aporte adecuado de proteínas y vitaminas(carnes, pescado, frutas, cereales y procurar reducir la sal para evitar la retención de líquidos),otra medida importante es la de beber aproximadamente 2 litros diarios de agua para tener una buena hidratación, facilitar la eliminación de toxinas y mejorar la digestión de los alimentos .

Otras medidas importantes a tener en cuenta es la utilización de dispositivos que sirven para mejorar la calidad asistencial y la acomodación del paciente, como son:
- Camas y colchones especiales. La cama Roto -Rest permite giros y cambios de posición lateral y longitudinal y se utiliza para prevenir la aparición de úlceras por presión. El colchón alternating o anti escaras, es cada vez más utilizado, se coloca sobre el otro colchón, y se retira cuando finaliza su uso. Consta de una serie de tubos o bolas neumáticos que se hinchan y deshinchan alternativamente, por medio de un motor. De esta forma se evita la presión y realiza un masaje continuo al paciente.
- Almohadas y cojines. La almohada se coloca debajo del cuello del enfermo, y además cada paciente dispondrá de varias almohadas y cojines para facilitar los cambios posturales que precise y con ello evitar las úlceras por presión.
- Arco protector de cama, sirve para evitar el rozamiento de la ropa con la piel del paciente, sosteniendo el peso de la ropa de la cama. Es necesario forrarlo para

que quede acolchado y para ello se utiliza algodón y venda.
- Apósitos hidrocelulares, son unos apósitos especiales que aceleran el proceso de curación

Junto con todas estas medidas es muy importante seguir unos procesos curativos y una adecuada valoración de las úlceras utilizando unos índices de gravedad.

Los objetivos de este tratamiento son la estimulación de la herida formada, es necesario acelerar el proceso de reparación del tejido, debemos desbridar el tejido que está necrosado, eliminando las escaras que normalmente se realiza con un procedimiento de quirúrgico, para así prevenir posibles infecciones y evitar que aparezcan nuevas lesiones.

Es importante usar indicadores de calidad que nos permitan valorar aspectos importantes de la asistencia, poder comparar, proponer objetivos y evaluar, consiguiendo así una mejora de la asistencia, y por lo tanto de la calidad de vida de estos pacientes.

Para valorar los riesgos y tener unos planes de actuación adecuados, hoy en día existen diferentes escalas que nos permiten detectar de una manera precoz el riesgo de padecer dichas úlceras y es una herramienta muy útil para el equipo que atiende a este tipo de pacientes ya que permite planificar adecuadamente y de forma personalizada los cuidados asistenciales.

Dentro de las escalas más empleadas en la actualidad está la de Doreen Norton y la de Braden.

La escala de Doreen Norton valora 5 aspectos en la situación del paciente: Su estado físico general, la incontinencia, la movilidad, su estado mental y la actividad que realiza.

A cada una de estos aspectos se le da una puntuación para valorar si el riesgo es alto, medio o bajo. Si el riesgo es medio o bajo se aplicarán las medidas preventivas adecuadas, y volverá a repetirse la valoración del paciente a los 14 días.

La escala de Braden valora 6 aspectos del paciente: la percepción sensorial, la exposición a la humedad, la actividad, la movilidad, la nutrición y el riesgo de las lesiones cutáneas.

Aquí también se realiza una puntuación para valorar el tipo de riesgo, pero dicha valoración se realiza con más frecuencia, en función del riesgo del paciente a

sufrir la lesión. Si el riesgo es alto se valora a diario, si el riego es moderado la valoración se hará cada 3 días y si el riesgo es bajo se valorará a los 7 días.

5 Discusión-Conclusión

Para conseguir una buena calidad asistencial es importante medir nuestra actuación como profesionales, fomentar la formación continuada, actualizar nuestros conocimientos y trabajar en equipo para conseguir un objetivo común, que es el de garantizar una buena calidad asistencial y el bienestar de las personas a cargo de dichos profesionales.

Es por eso hay que resaltar la importancia de que todos los profesionales del equipo trabajen unidos para conseguir unos resultados óptimos: médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, celadores… ya que, aunque la calidad asistencial pueda parecer un concepto subjetivo, en realidad es algo que se puede medir, por lo tanto, es importante que cada profesional sea capaz de valorar su propia actuación.

6 Bibliografía

1. Rodríguez-Núñez C, Iglesias-Rodríguez A, Irigoien-Aguirre J, García-Corres M, Martín-Martínez M, Garrido-García R. Nursing records, prevention measures and incidence of pressure ulcers in an Intensive Care Unit. Enferm Intensiva. 2019. Jul – Sep;30(3):135-143. doi: 10.1016/j.enfi.2018. 06.004. Epub 2018 Sep 3. English, Spanish.
2. Díez-Manglano J, Fernández-Jiménez C, Lambán-Aranda MP, Landa-Santesteban MC, Isasi de Isasmendi-Pérez S, Moreno-García P, Bejarano-Tello E, Barranco-Usón J, Munilla-López E, Del Corral-Beamonte E; los investigadores del estudio IMPIMI. Pressure ulcers in patients hospitalized in Internal Medicine: associated factors and mortality. Rev Clin Esp. 2016 Dec;216(9):461-467. doi: 10.1016/j.rce.2016.07.003. Epub 2016 Aug 17. English, Spanish.
3. Segovia GT, Javares CT, Barahona M, Verdú SJ. [Caring for perilesional skin or skin having a lesion risk]. Rev Enferm. 2007 Oct;30(10):43-8. Spanish.
4. Prieto Santos N, Torijano Casalegua ML, Mira Solves JJ, Bueno Domínguez MJ, Pérez Pérez P, Astier Peña MP. [Implemented actions in the Spanish National Health System to improve patient safety culture]. J Healthc Qual Res. 2019 Dec;34(6):292-300. doi: 10.1016/j.jhqr.2019.08.002. Epub 2019 Nov 21. Spanish.Nov
–

5. Santiña Vila M, Agra Varela Y, Aparicio Azcárraga P. [Advancing on patient safety culture: A proposal for actions]. J Healthc Qual Res. 2019 Sep – Oct;34(5):225-227. doi: 10.1016/j.jhqr.2019.08.001. Epub 2019 Sep 18. Spanish.

Capítulo 93

LA DIETA MEDITERRÁNEA: PREPARACIÓN DE ALIMENTOS

ELIZABETH TABORDA CARMONA

1 Introducción

La dieta Mediterránea es un estilo de vida equilibrado que recoge recetar, formas de cocinar, productos típicos, costumbre y celebraciones, etc. Es una herencia cultural de los países bañados por el mar que da su nombre. El acto de comer juntos es uno de los fundamentos de la identidad y continuidad culturales de las comunidades de la cuenca del Mediterráneo. Representa también un modo de vida que respeta la diversidad en todos los ámbitos. La comida es un factor de cohesión social en celebraciones y fiestas.

Así lo reconoció y celebró la UNESCO en 2013 inscribiendo la dieta Mediterránea como uno de los elementos de la Lista Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad. Los países que junto con España lideran esta forma de vida son: Croacia, Chipre, Italia, Grecia, Marruecos y Portugal.

Entre las muchas propiedades beneficiosas para la salud de este patrón alimentario se puede destacar el tipo de grasa que lo caracteriza: aceite de oliva, pescado y frutos secos, las proporciones en los nutrientes principales que guardan sus recetas: cereales y vegetales como base de los platos y carnes y la riqueza en micronutrientes que contiene, fruto de la utilización de verduras de temporada, hierbas aromáticas y condimentos.

Promueve el consumo de alimentos como el aceite de oliva, frutos secos, frutas, verduras, legumbres y cereales, etc. y disminuye en la ingesta de carnes rojas,

y modera la ingestión de vino, pescado, huevos, lácteos y aves. Posee grandes beneficios a nivel cardiovascular y en la prevención y tratamiento de patologías como la diabetes, obesidad, Alzheimer y cáncer.

2 Objetivos

-Conocer la dieta Mediterránea: alimentos, platos, especias, condimentos y aliños.
-Descubrir los beneficios de ésta para la salud de los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se han empleado los siguientes descriptores: dieta, mediterránea, salud, hospital, etc.

4 Resultados

La dieta mediterránea consiste en la ingesta de alimentos frescos y de temporada como frutas, verduras, legumbres, cereales, frutos secos, así como aceite de oliva; un consumo reducido de carnes rojas y un consumo moderado de los lácteos, huevos, aves, pescados y vino etc Era el patrón de alimentación común en países del Mediterráneo, caracterizados por su gran cantidad de olivos.

Varios estudios realizados comparando la dieta mediterránea con la japonesa, americana u holandesa concluyeron que una alimentación más variada, fundamentada en los alimentos mencionados, era sinónimo de unos valores reducidos de colesterol, y por tanto de una menor incidencia de enfermedades cardiovasculares, sobre todo de tipo coronario.

En la pirámide de la alimentación mediterránea el grupo más importante y por tanto el que debemos de consumir con mayor frecuencia se halla en la base de la misma, es el agua y las infusiones.

En el segundo nivel los alimentos que se deben de consumir diariamente son: los

cereales, el aceite de oliva, las frutas y las verduras. Los cereales, como es el caso del pan, pasta, arroz y cuscús, entre otros, son alimentos ricos en carbohidratos, y que por tanto constituyen una de las fuentes principales de energía para el organismo. El aceite de oliva, es la principal grasa de adición dentro de la dieta Mediterránea. Dentro de sus múltiples propiedades destaca por su contenido en ácidos grasos monoinsaturados que le aportan cierta labor antiinflamatoria y vasoprotectora. Las frutas y las verduras contienen una importante cantidad de vitaminas, minerales, fibra y agua. Realizan una acción antioxidante y ayudan a la prevención de patologías cardiovasculares y metabólica.

En el tercer nivel se ubican los frutos secos, semillas, aceitunas, especias, ajo y cebollas. También deberán ser consumidos diariamente. Dentro de este nivel también se encuentran los lácteos, se recomienda el consumo de derivados lácteos como el queso o el yogurt, preferiblemente bajos en grasas. Constituyen una fuente importante de calcio, minerales y proteínas. Dentro del consumo de productos lácteos, destacan los yogures, ya que favorecen al mantenimiento del equilibrio de la flora intestinal.

En el último nivel, lo constituyen las legumbres, huevos, carnes blancas, carnes rojas, carnes procesadas, pescados, mariscos, patatas y dulces. El consumo de estos productos debe ser semanal y las carnes debe de ser reducido. La ingestión de legumbres se caracteriza por su elevado contenido de hidratos, proteínas y fibra. El pescado y el marisco son alimentos ricos en proteínas, fósforo, calcio, vitamina D, y yodo. Diversos estudios realizados avalan en la última su efecto protector cardiovascular y frente a otras patologías como el lupus y la depresión. Su contenido en aceites omega-3 favorece a la protección del sistema nervioso y de las membranas celulares.

Los investigadores han observado una incidencia menor del cáncer en las poblaciones asentadas en la zona sur de Europa y cuenca mediterránea, frente a países como el Reino Unido o USA. La dieta Mediterránea actúa de manera notable en el descenso de la mortalidad de cualquier tipo de cáncer.

5 Discusión-Conclusión

Mejorar la salud de los pacientes a través de la alimentación constituye en la actualidad una prioridad de los Organismos de la Sanidad, al objeto de elevar la calidad de vida de sus usuarios. Teniendo en cuenta la multitud de estudios e investigaciones concluyentes, la dieta mediterránea favorece el proceso de cu-

ración de ciertas enfermedades y también protege de la aparición de otras.

En el Hospital General Universitario de Albacete como en el Hospital Universitario Perpetuo Socorro comienzan a modificarse los menús de los pacientes hospitalarios para adaptarlos a la dieta Mediterránea. Practicar la dieta Mediterránea tradicional se asocia a una menor mortalidad. Teniendo en cuenta todas las bondades de esta dieta debería de extenderse a todos los centros hospitalarios de España.

6 Bibliografía

1. Boza López, J. La dieta mediterránea y la salud. Aplicación práctica. 2010.
2. Fernando Restrepo B. Holmes Rodríguez E. Joaquín Angulo A. Consumo de lácteos en población universitaria de la ciudad de Medellín. Revista chilena de nutrición . Vol 42. No1. Santiago Marzo 2015.
3. Matos Chamorro A, Chambilla Mamani E. Importancia de la Fibra Dietética, sus Propiedades Funcionales en la Alimentación Humana y en la Industria Alimentaria. Revista de Investigación en Ciencia y Tecnología de Alimentos. Vol 1. No 1. Universidad Peruana Unión. 2010

Capítulo 94

EL CELADOR EN QUIRÓFANO: FUNCIONES

JOSÉ JAVIER CANO GONZÁLEZ

NÉLIDA LÓPEZ DÍAZ

1 Introducción

El quirófano es el área de la Institución Sanitaria donde se realizan las operaciones quirúrgicas, es un área cerrada e independiente del resto del hospital, ocupando un lugar central dentro del mismo debido a la necesidad de estar cerca de zonas como hospitalización, reanimación o urgencias. Algo importantísimo en esta zona del hospital es la limpieza, debe existir una contaminación mínima para proteger al paciente. El personal que desarrolla sus funciones es interdisciplinario desde cirujanos, anestesistas, enfermeros… hasta celadores, en los cuales nos centraremos.

2 Objetivos

Desarrollar y estudiar las funciones que ejerce el celador en el quirófano como personal no sanitario durante una intervención quirúrgica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El celador como personal no sanitario no intervendrá directamente en la operación del paciente, pero si desarrolla funciones necesarias en la operación. El personal de quirófano se divide en estéril y miembros no estériles entre lo que se encuentra el celador, esto no significa que se deba descuidar la asepsia, ya que debemos recordar que en quirófano la asepsia es fundamental para proteger al paciente de posibles infecciones y el celador debe ir equipado en todo momento dentro del quirófano con gorro, calzas y mascarilla.

Entrando ya en más detalles sobre las tareas del celador asignado al quirófano, dichas funciones comienzan con el traslado del paciente desde la unidad donde se encuentre el paciente hasta el quirófano comprobando antes del traslado su identidad mediante la pulsera identificativa. Una vez en quirófano el celador ayudará al personal sanitario a colocar al paciente en la mesa de operaciones y una vez anestesiado lo cual suele realizarse en la posición decúbito supino, puede ser solicitada su ayuda para posicionar al paciente para la operación.

Durante la operación el celador permanecerá en el antequirófano ante cualquier solicitud que se le realice durante la operación desde traslado de equipos, muestras o incluso ayudar en el movimiento del paciente, todo ello siempre cuidando al máximo la asepsia. Una vez concluida la operación, el celador ayudara en la retirada del paciente de la mesa de operaciones y lo trasladara a la sala de reanimación, donde permanecerá hasta que se recupere de la anestesia y sea trasladado de nuevo a planta para su plena recuperación o sea dado de alta en caso de operaciones ambulatorias. Si el paciente causara exitus durante la operación sería trasladado al mortuorio por el celador, así como si hubiera alguna amputación de miembros al paciente operado el encargado del traslado al mortuorio previa orden del cirujano sería el celador.

5 Discusión-Conclusión

El celador realiza tareas secundarias durante la operación pero indispensables para el buen funcionamiento, básicamente realiza traslado de pacientes, movimiento de posiciones y disponibilidad durante la operación para cualquier requerimiento del personal sanitario, que puede ser desde traslado de muestras a laboratorios, solicitud de equipos o cualquier tipo de material que no se encuentre a disposición del personal sanitario durante la intervención. El celador es posible que tenga contacto con familiares en su traslado a planta, estos pueden preguntar sobre el estado del paciente o acerca de la operación, en ningún caso el celador podrá dar información, siempre deberá remitir cortes y educadamente a los familiares al facultativo.

6 Bibliografía

- http://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_4.pdf
- Desarrollo de Competencias del Celador- Complejo Hospitalario Universidad de Huelva
- Guía Celadores Área Quirúrgica- Hospital San Eloy (Barakaldo)- Mº Angeles Núnez Carrera
- http://www.areasaludbadajoz.com

Capítulo 95

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA FARMACIA DE UN HOSPITAL

JOSÉ JAVIER CANO GONZÁLEZ

NÉLIDA LÓPEZ DÍAZ

1 Introducción

Uno de los servicios existente en la mayoría de hospitales es la unidad de farmacia, desde la cual se suministra la medicación a cada planta hospitalaria para la dispensación a los pacientes. En un Servicio de farmacia hospitalario prestan servicio los siguientes profesionales: farmacéuticos, FIR (Farmacéutico Interno Residente), DUE, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, y Celadores, en los cuales nos centraremos en este capítulo. El servicio estará bajo la dirección de un farmacéutico, especialista en farmacia hospitalaria. Las funciones de farmacia abarcan no solo un mero almacenaje y distribución de medicación, sino múltiples tareas que comprenden desde el control y dispensación de estupefacientes y psicotrópicos a la elaboración de formulas magistrales, nutriciones parentales, elaboración de citostáticos, el control de los botiquines en las diferentes unidades del hospital, tareas de farmacovigilancia, establecer un sistema eficaz y seguro de dispensación de los medicamentos hasta incluso llevar a cabo actividades educativas sobre cuestiones de su competencia dirigidas a personal sanitario y a pacientes, en definitiva un amplia variedad de funciones en las que el celador colabora en todo lo que se le requiera por parte del personal farmacéutico asignado a farmacia

2 Objetivos

Desarrollar las principales funciones atribuida al celador en la unidad de farmacia.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador en forma parte del personal no sanitario de Farmacia. Entre sus funciones encontramos la recepción de los paquetes de los proveedores comprobando dicha mercancía con los albaranes y lo entregara al personal sanitario junto con el albarán para su contabilización y almacenaje. Ciertos productos como pueden ser alcohol o suero fisiológico pueden ser almacenados directamente por el celador e incluso podrá distribuirlos llevando un control y siempre existiendo la pertinente orden de recogida perfectamente cumplimentada y firmada.

Otras de las funciones que no debemos olvidar es la de movimiento de grandes pesos en la propia unidad de farmacia. Finalmente una de las más importantes será la distribución hasta los puestos de enfermería de cada planta de los carritos con medicamentos, productos como nutriciones enterales o los citostáticos que trasladara desde el Servicio de Farmacia hasta la unidad peticionaria (normalmente para los productos citostáticos Hospital de Día o Plantas de Oncología) para los cuales se deben usar contenedores específicos para estos productos, que sean resistentes, aislantes térmicos y debidamente etiquetado, en todos los casos entregara y recogerá los documentos de comprobación de suministro y entrega debidamente firmados por los supervisores o enfermeros encargados.

En la actualidad en los hospitales el suministro de medicamentos desde el Servicio de Farmacia se realiza mediante la fórmula o método de ”unidosis” o dosis

única, es decir, en envases individualizados por paciente (dispensación individualizada de medicamentos) en función a lo solicitado desde la unidad hospitalaria donde se encuentre el paciente. Dicha distribución se realizara 1 vez al día, por las mañanas, entregando en el caso de las unidades de hospitalización las dosis requeridas por los pacientes ingresados hasta la mañana siguiente. Por último el celador realizara controles periódicos de los productos que están bajo su responsabilidad que hemos comentado anteriormente y ayudara al resto de personal de farmacia en los inventarios que se realizan para conocer las existencias reales.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del celador en farmacia incluyen tareas indispensables para el desarrollo de la unidad, desde recepción de las mercancías, almacenaje, distribución, movimiento de grandes cargas en la unidad a incluso la dispensación de ciertos productos como alcohol o suero sin olvidar en estos casos que el celador puede despachar productos que toda solicitud o entrega de productos de farmacia debe ser firmado por el responsable de la unidad que lo recibe. El celador debe en todo momento conocer el proceso y sobretodo la documentación de entrega y recepción de los medicamente así como su correcta cumplimentación y nunca debe entregar medicamentos aunque le sean requeridos por facultativos, siempre debe remitirlo a un responsable de farmacia. Algo que sería interesante en la actualidad donde todo tiende a estar informatizado y a la supresión de papel, sería la realización por dichos celadores de cursos para el uso de material informático.

6 Bibliografía

- https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap11.pdf
- Ribas Sala J, Codina Jané C. Farmacia Hospitalaria. Planificación y organización de un Servicio de Farmacia. 1ª Edición. EMISA. Madrid 1990
- Bases para el desarrollo y aprovechamiento sanitario de la Farmacia Hospitalaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Diciembre 1986.

Capítulo 96

ATENCIÓN AL USUARIO

KATIA VEGA GARCÍA

1 Introducción

En el ámbito sanitario existen exigencias mudables por parte de los ciudadanos, estos buscan prestaciones diferenciadas, quieren que se les escuche, ser bien comprendidos y respuestas rápidas.

En la sanidad conviven numerosos nombres para determinar a las personas a las que atendemos, entre ellos: usuarios o clientes, son tanto los pacientes como los familiares que acompañan al paciente. Dentro de la organización debemos diferenciar entre clientes internos, que son los profesionales que demandan nuestros servicios, es decir, compañeros de otra unidades; y clientes externos, que son los receptores finales de los servicios que prestamos.

El personal dedicado a la atención al usuario debe tener en su haber las herramientas necesarias para satisfacer las necesidades de cada individuo y es entre este personal, en este caso no sanitario, donde encontramos la figura de celador. El celador es la persona que tiene por oficio celar o vigilar el cumplimiento de las normas y el mantenimiento del orden o hacer otras tareas de apoyo en un establecimiento público, es la primera persona con la que primero se contacta cuando se acude, ya sea como usuario o como paciente, a un establecimiento sanitario (hospital, centro de salud, etc.). En las instituciones sanitarias surgirán diversas situaciones en las que el celador tendrá que intervenir, por lo que un buen conocimiento de sus funciones es necesario.

2 Objetivos

- Lograr una buena comunicación por parte del celador hacia el público como trabajador proactivo en instituciones sanitarias.
- Llegar al cumplimiento del servicio prometido, recibir a tiempo al usuario y sobre todo hacer ese recibimiento de la forma correcta.
- Tener un compromiso a tener un buen trato tanto a clientes internos (compañeros de trabajo) como a clientes externos (pacientes, acompañantes del enfermo, etc.) ya que si el usuario ve un buen ambiente de trabajo eso ayuda a transmitir familiaridad y a sentirse lo más cómodo posible.
- Apostar por unas buenas estrategias para el desarrollo de las habilidades sociales ya que éstas no son una disposición, sino una capacidad de respuesta, actuando de una forma socialmente adecuada puesto que el cliente o usuario demanda que sus necesidades sean cubiertas.

3 Metodología

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

4 Resultados

El cliente de la sanidad puede presentar su descontento mediante quejas o reclamaciones ante lo cual el profesional debe intentar no discutir y objetivar la reclamación. La Ley General de Sanidad explica que la información sobre servicio sanitario debe ser: clara, sencilla, comprensible, completa, detallada tanto en derechos como en deberes, que incluyan los trámites administrativos y acompañados de un trato agradable y tranquilizador.

En otro orden de cosas, podemos hablar de varios tipos de formas de atención al público:

- Atención presencial: las autoridades y funcionarios tienen el deber general de tratar con respeto a los ciudadanos, facilitando la atención precisa para el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones. La atención al ciu-

dadano comprenderá las funciones de recibimiento y orientación, información administrativa, recepción y registro de documentos, y admisión de sugerencias y quejas.

- Atención telefónica: el servicio telefónico ofrecerá, mediante un único canal, información administrativa a través de la cual los ciudadanos pueden acceder al conocimiento de asuntos relacionados con sus derechos, obligaciones e intereses. Éste tipo de información particular será dada solo a interesados y ofrecerá información administrativa de carácter general a cualquiera que sirva de orientación a los ciudadanos que hayan de relacionarse con la Administración.
- Atención telemática: consiste en acercar la tecnología a los ciudadanos, a fin de promover y fomentar la implantación paulatina de la administración electrónica y posteriormente en aquellos espacios públicos de amplia utilización por los usuarios con el objetivo de acercar lo máximo posible los servicios de la Administración por medio de canales de acceso.

Para llegar a un buen entendimiento entre celador/usuario debemos tener en cuenta una serie de factores. Lo primordial es ofrecer una escucha activa, dicha escucha se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también sus sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo.

Por todo esto, debemos comprender en qué consiste la comunicación y entenderla como un proceso por el que interaccionan dos o más personas con la intención de transmitir o expresar una idea, información, emoción o necesidad. Su resultado es el entendimiento mutuo, el intercambio, e incluso la influencia en la conducta del otro y es este conjunto de comportamientos lo que hace posible las relaciones humanas. Cuando dos personas intercambian una serie de mensajes entendemos que se encuentran interaccionando socialmente, comunicándose a través de las palabras, gestos o expresiones y la damos totalmente por eficaz cuando el receptor interpreta la información dada por el emisor de forma correcta.

Las habilidades sociales no son una disposición, sino una capacidad de respuesta por lo que podemos hablar de diferentes resultados ya que una persona puede actuar de una forma socialmente inadecuada por diferentes factores. La persona puede no haber aprendido nunca la conducta apropiada o puede haber aprendido una conducta inapropiada. Podemos hallar otros factores físicos o psíquicos como pueden ser la ansiedad, que el usuario sienta ansiedad condicionada que le impide responder de una forma socialmente adecuada. Incluir aquí cualquier tipo

de incapacidad física presente en el emisor o en el receptor y que pueda impedir una correcta emisión o recepción de los mensajes. Es muy común encontrar en las instituciones sanitarias personas dependientes, usuarios que presentan dificultades auditivas, visuales o verbales.

Queda demostrado que esa comodidad que buscamos para el ciudadano se consigue mediante un trato de respeto y humildad escuchando la petición de los usuarios con atención. Si no se tiene la respuesta deseada se deberá enviar a esa persona a alguien que sí pueda proporcionarla.

Todo ello envuelto en una comunicación verbal agradable del celador usando un tono y entonación agradable y una óptima comunicación no verbal no reflejando brusquedad en gestos y movimientos y lo más importante, no invadiendo nunca el espacio vital de la persona con la que estamos tratando.

5 Discusión-Conclusión

Establecer una comunicación fluida con los usuarios nos va permitir mejorar y reforzar nuestra relación con ellos, además de fomentar comportamientos y actitudes de autonomía personal, elevar los niveles de integración y adaptación al contexto y estimular las capacidades y habilidades que el sujeto posea.

Por estas razones , es de vital importancia aprender a construir vínculos afectivos y comunicativos que sean eficaces para crear así una atmósfera de confianza necesaria para construir una relación terapéutica. Todo usuario tiene derecho a recibir una atención sanitaria integral, el derecho de una información clara y de una confidencialidad que respete su intimidad y cumpla con el deber de secreto. En conclusión, demostrar competencia en el trabajo siendo capaces de inspirar confianza y seguridad al usuario.

6 Bibliografía

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, cuya última modificación se ha producido por Ley 3/2014, de 27 de marzo, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

- Decreto 4/2008, de organización y funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 97

EL PERSONAL NO SANITARIO ANTE LOS RIESGOS BIOLÓGICOS

NÉLIDA LÓPEZ DÍAZ

JOSÉ JAVIER CANO GONZÁLEZ

1 Introducción

El personal no sanitario en el desempeño de sus funciones laborales está expuesto constantemente a diversos riesgos, destacando entre ellos por ser el más habitual en el ámbito sanitario, el riesgo biológico, esto es la probabilidad de que un trabajador contraiga una enfermedad como consecuencia de un agente biológico.

Los agentes biológicos en función del riesgo de infección se pueden clasificar en cuatro grupos dependiendo de:
-La patogenidad del microorganismo en el ser humano.
-El peligro para los trabajadores.
-La facilidad de propagación.
-La existencia o disponibilidad de profilaxis o tratamiento eficaz.

Cuando estamos expuestos a un agente biológico que puede causarnos una enfermedad determinada, hablamos de enfermedades infecciosas, es decir, la que está provocada por un agente biológico (bacterias, hongos, virus, protozoos, etc.) o por priones. Las enfermedades infecciosas pueden ser transmisibles (contagiosas) o no transmisibles (no contagiosas).

La transmisión de las infecciones puede ser directa, como mordeduras, arañazos, etc o indirecta a través de ropa de cama, juguetes, instrumentos quirúrgicos, etc.,

por lo que el personal que trabaja en centros sanitarios debe ser especialmente cuidadoso tanto en el trato con pacientes, familiares y visitas como en el contacto con enseres que le rodean.

2 Objetivos

-Conocer algunas de las medidas más adecuadas para evitar que el personal sanitario y no sanitario sean contagiados durante el desempeño de sus funciones.
-Extremen las medidas de higiene como el lavado de manos, utilización de mascarillas, guantes, precaución a la hora de tocar a los pacientes y enseres varios para no contagiarse ni contagiar a otras personas.
-Saber que la cadena epidemiológica es el itinerario que va a seguir el microorganismo desde la fuente de infección hasta que el huésped, susceptible a padecerla, se infecta y padece la enfermedad.

3 Metodología

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

4 Resultados

En lo que respecta al ambiente sanitario, cabe destacar que las infecciones que vamos a encontrar pueden ser transmitidas del enfermo al profesional, del profesional al enfermo y, también, de un profesional sanitario a otro profesional sanitario. La principal finalidad de los programas de vacunación en el personal sanitario es evitar que se den estas circunstancias, siendo sus principales objetivos:
-Proteger a los trabajadores del ámbito sanitario de contraer ciertas enfermedades transmisibles.
-Evitar que los trabajadores sanitarios contagien una enfermedad transmisible a los pacientes a los que atienden, a otros profesionales sanitarios o a la comunidad en general.

-Evitar el absentismo laboral como consecuencia de enfermedades infecciosas adquiridas por los trabajadores en el desempeño de sus funciones en el ámbito sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Para prevenir que los contagios por riesgos biológicos se produzcan es muy importante que personal sanitario y personal no sanitario estén vacunados de:
-Gripe.
-Hepatitis B.
-Tos ferina.
-Triple vírica.
-Varicela.
Lo que se intenta conseguir con estas vacunas es romper los eslabones de la cadena infecciosa de las enfermedades más comunes que sufren los trabajadores del entorno sanitario. Alcanzar un estado inmunitario adecuado del personal que trabaja en el medio sanitario con la administración de vacunas u otros productos biológicos, es uno de los pilares preventivos en los que se asientan los programas de salud laboral.

6 Bibliografía

1. Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.
2. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
3. Guía Técnica del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos.
4. Prevención de riesgos biológicos en el laboratorio. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
5. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica.
6. INSHT. Guía Técnica para la Evaluación y Prevención de Riesgos relacionados con la Exposición a Agentes Biológicos.
7. https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/4040

Capítulo 98

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN CASO DE ACCIDENTE

NÉLIDA LÓPEZ DÍAZ

JOSÉ JAVIER CANO GONZÁLEZ

1 Introducción

Los celadores en el desempeño de sus funciones habituales pueden sufrir daños derivados de las tareas que realizan tales como accidentes de trabajo. Según la definición legal, se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena. Desde el punto de vista técnico, los accidentes de trabajo son sucesos de carácter anormal, no querido ni deseado, que se presentan de manera brusca e inesperada interrumpiendo el desarrollo normal del trabajo causando lesiones a los trabajadores y pérdidas en el patrimonio de la empresa. Si un celador sufre un accidente laboral debe seguir el protocolo de actuación determinado por el centro sanitario donde preste sus servicios, para no provocar males mayores y asegurando así que las tareas que tenía encomendadas queden cubiertas adecuadamente para evitar trastornos a compañeros y pacientes.

2 Objetivos

Objetivo general:
- Conocer cómo debe actuar el celador accidentado para comunicar su lesión lo antes posible, evitando de esta manera, contagios a pacientes o compañeros.

Objetivos específicos:

- Aplicar todos los conocimientos adquiridos según el protocolo de prevención de riesgos establecido en el centro donde preste sus servicios y será riguroso con la manipulación de los Equipos de Protección Individual (EPI) utilizados.
- Destacar la importancia de dar una formación e información adecuada a los celadores antes de comenzar su andadura profesional para que llegado el momento la actuación de éste sea lo más eficaz posible.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador al igual que el resto de personal sanitario debe prestar especial atención y cuidado a la hora de prevenirse de los accidentes laborales, será riguroso, entre otras medidas, con la higiene de manos y la utilización de EPI's. Hará los traslados y cambios posturales de los pacientes con el debido cuidado para evitar pinchazos y contacto con fluidos corporales que pueden ser infecciosos como sueros, sangre o fluidos contaminados con ella.

Si aun adoptando todas estas medidas se llegase a producir el accidente, en cuanto le sea posible, debe retirar los guantes o cualquier material que esté cubriendo la lesión para poder evaluarla, luego colocar la herida bajo el chorro de agua y dejarla que sangre, a continuación lavar con agua y jabón, aplicar desinfectante y por último cubrir con apósito impermeable.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación del accidente debe realizarse lo antes posible y podrá hacerla el propio celador que ha sufrido el accidente o el que ha sido testigo del mismo, siendo competencia de los responsables de las distintas unidades, servicios o centros, cumplimentar el modelo interno de comunicación de accidente, donde se

hará constar: la identificación del trabajador, la descripción del accidente, de la lesión y el daño ocasionado. También deben notificarlo al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, garantizándose en todo caso la asistencia inmediata al celador lesionado. Será el Servicio de Medicina Preventiva o el de Salud Laboral el que realice un análisis detallado de cómo ocurrió y qué causas lo propiciaron, también lo registrará y pondrá en marcha el protocolo post-exposición correspondiente. Si este servicio no está operativo lo informará ante los Servicios de Urgencia o los de Medicina Interna de Guardia.

6 Bibliografía

1. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
2. Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales
Guía Básica de Riesgos Laborales específicos en el Sector Sanitario. https://www.redaccionmedica.com
3. Ley General de la Seguridad Social y Accidentes Laborales. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Capítulo 99

ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

MARIA DEL MAR OBESO PUERTAS

1 Introducción

Por historia clínica se entiende el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo de un proceso asistencial. En cuanto a los datos personales incluidos en la historia clínica, podemos decir que son aquellos datos relativos a la salud física o mental de una persona física, incluida la prestación de servicios de atención sanitaria, que revelen información sobre su estado de salud.

La Constitución Española como norma superior del ordenamiento jurídico reconoce en su artículo 18 los Derechos de las Personas en relación a los Datos de Carácter Personal, concretamente el apartado 1, garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

2 Objetivos

-Identificar los principios fundamentales en que se basa el acceso a la historia clínica por parte de los profesionales sanitarios.
-Determinar los derechos y obligaciones de los profesionales sanitarios en relación con la historia clínica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Así mismo, se ha consultado la Ley Orgánica de Protección de Datos y el Decreto 38/2012 de 13 de Marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica.

4 Resultados

Consultados artículos y textos legales, se puede decir que este tipo de datos relativos a la privacidad del interesado están especialmente protegidos, lo cual hace que se deban cumplir una serie de condiciones adicionales para su tratamiento conforme a la normativa. Los principios fundamentales que deben tener en cuenta los profesionales sanitarios a la hora de acceder a la historia clínica de sus pacientes son los siguientes:

- El consentimiento, es la base fundamental para el tratamiento de los datos contenidos en la historia clínica. Constituye condición indispensable para el tratamiento de los datos del paciente. El consentimiento consiste en la manifestación libre, voluntaria y consciente de un paciente, otorgado en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada. Según la nueva normativa europea, éste deberá ser explícito y recogido por escrito.

- La calidad de los datos, se recogerán los datos de los pacientes siempre que sean adecuados, veraces y pertinentes. La información sanitaria no puede ser recopilada de forma desleal, fraudulenta o ilícita.

- Información, los pacientes deben ser informados en todo momento de:
Existencia de estos ficheros.
Finalidad del mismo.
Posibles destinatarios de la información.
Identidad y dirección del responsable del mismo.
Posibilidad del ejercicio de sus derechos.

Es obligatorio en cada centro sanitario la existencia de una hoja de información al paciente en la que solicita su autorización para el tratamiento de sus datos.

- La confidencialidad, el secreto profesional es de obligado cumplimiento por el personal que tenga acceso a los datos del paciente. Incluso cunado la relación que vincule a las partes haya finalizado. Se obliga a los centros médicos a adoptar las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad y el procedimiento legal de acceso.
Por otro lado comentar en relación al acceso a la historia de los profesionales sanitarios, éstos tendrán derecho a recibir una información completa, veraz y oportuna del estado de salud de los pacientes, así como a disponer de los medios técnicos y materiales adecuados para la correcta cumplimentación de la historia clínica. También podrán realizar anotaciones subjetivas.

Dichos profesionales estarán obligados a cumplimentar la historia clínica de forma legible, así como informar de forma comprensible, adecuada y verdadera de las necesidades del paciente, de los riesgos y consecuencias que conlleva cada una de las intervenciones sanitarias, dejando constancia en la historia clínica, así como guardar secreto de las actuaciones profesionales y demás información a la que tengan acceso, gestionar y custodiar la documentación clínica y elaborar o cooperar en la creación y mantenimiento de la documentación clínica ordenada, veraz, actualizada, secuencial e inteligible.

5 Discusión-Conclusión

De todo lo expuesto podemos deducir que la finalidad principal de la historia clínica es garantizar la asistencia adecuada del paciente. En cuanto al acceso a la historia clínica sin consentimiento, es un delito penal también para los profesionales sanitarios, que trae consigo incluso pena de prisión. Esto quiere decir que es ilegal consultar la historia clínica de pacientes que no estén asignados a un mismo profesional, por tanto no puede acceder ni a los datos de familiares, ni de amigos ni de otros compañeros, incluso post-mortem, aunque se haga de buena fe se está incurriendo en un delito contra el derecho a la intimidad.

6 Bibliografía

- Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica.
- Constitución Española vigente.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal.
- Protección de datos personales y secreto profesional en el ámbito de la salud: una propuesta normativa de adaptación al RGPD. Juan Luis Beltrán Aguirre, Fernando José García López, Carmen Navarro Sánchez. Barcelona: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Noviembre de 2017.
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Guía sobre los derechos de protección de datos de los pacientes y usuarios de la sanidad (Publicada por la Agencia Española de Protección de Datos).

Capítulo 100

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA FARMACIA

MARÍA MAGDALENA TORRE BLANCO

MARÍA SOLEDAD FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

PAULA MARÍA MENÉNDEZ GONZÁLEZ

DULCE MARÍA DIOS MÉRIDA

CLARITA BERNARDO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, modificada por Real Decreto 725/2003, de 13 de junio, por el que se desarrollan varios términos del artículo 100 de la Ley citada, determina que en hospitales con 100 o más camas contarán con servicio de farmacia hospitalaria bajo la titularidad y responsabilidad de un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria.

Dependiendo del volumen, actividades y tipo de hospital se establecerá reglamentariamente la necesidad de farmacéuticos adicionales en la farmacia. Cuando los hospitales así lo determinen o sus servicios lo requieran deberá de disponer de unidad farmacológica clínica. Cuando los hospitales tengan menos de 100 camas pueden establecer unos depósitos de medicamentos con el acuerdo de la Comunidad Autónoma bajo la supervisión y control de un farmacéutico.

Por todo lo expuesto en la Ley citada en el apartado anterior, se deduce que en todos los hospitales se debe de disponer de servicio de farmacia hospitalaria que están formados por farmacéuticos, enfermeros, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos y celadores.

2 Objetivos

Describir el servicio de farmacia y cuál es el papel y las funciones del celador dentro de este servicio.

3 Metodología

La metodología que se ha usado para la realización de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica relacionada con las funciones del celador en la farmacia hospitalaria. La información se ha recopilado de diversas fuentes que se relacionan a continuación:
-Revisión de las bases de datos de Web of Science, Scielo y PubMed.
-Revisión de manuales de actuación de hospitales.
-Revisión de manuales de Consejerías o Servicios de Salud de diferentes CCAA.

Para realizar este trabajo se han incluido artículos, protocolos, manuales o guías fechados entre 2010 y 20019 para limitar la cantidad de información y que esta fuese lo más actualizada posible. Los términos utilizados para la búsqueda han sido farmacia hospitalaria, farmacia, medicamentos, celador, clínica.

4 Resultados

La farmacia es un servicio dependiente de la dirección médica del hospital, en ella se responsabilizan de la adquisición, conservación, dispensación y elaboración de medicamentos. Es una especialización que surge a la par que los grandes hospitales, tan importante es atender al paciente como proporcionarle el medicamento que necesita.

La Administración sanitaria del Estado es quien evalúa la idoneidad sanitaria de los medicamentos, les corresponde el control de los medicamentos. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios es el organismo autónomo que evalúa los medicamentos.

Los programas de educación sanitaria intentan prevenir la automedicación, también se procura que los profesionales tengan la formación adecuada sobre nuevos medicamentos y tratamientos. Serán los mismos profesionales lo que tienen el deber de comunicar cualquier efecto adverso provocado por un medicamento.

Dentro de la farmacia habrá un titular, que será farmacéutico especializado en farmacia hospitalaria y se hará responsable del servicio. Para garantizar el buen estado de los medicamentos y la preparación de fórmulas específicas para algunos pacientes es necesario que el funcionamiento de la farmacia sea ejemplar, siendo esta la responsable de cubrir todas las necesidades que se tengan en el hospital. Debe de cuidarse del sistema de distribución, los psicotrópicos o estupefacientes tienen una legislación propia que ha de cumplirse para evitar un consumo inadecuado de los mismos, por eso la custodia y la dispensa de medicamentos debe de estar controlada. Se intentará evitar así la dispensa de medicamentos que no vayan destinados a un paciente en concreto, con un diagnóstico y medicación pautada por el facultativo. Se debe de educar al personal hospitalario sobre el uso de los medicamentos, siendo precisa la existencia de una unidad de vigilancia sobre el buen uso de este servicio. Para evitar posibles fraudes se establece un sistema de distribución diaria en el que se da la dosis por día que precisa cada paciente ingresado.

El celador en el servicio de farmacia es quien recepciona el material y lo transporta dentro de la farmacia. Se encarga del acondicionamiento del suero y el alcohol. También se encarga del transporte de medicación desde la farmacia a las unidades y viceversa, llevará los controles de inventario y la custodia de la farmacia.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que los celadores tienen un papel importante en el funcionamiento de la farmacia. Deben actuar a la altura de la responsabilidad que se les da, el transporte de material pesado dentro y fuera de la farmacia es una tarea de responsabilidad ya que no solo transportan sueros y gasas, también medicamentos. El uso indebido del material del hospital y más de medicamentos es un delito, por eso se debe de concienciar, no solo a los celadores, también a todo aquel que tiene acceso a la farmacia que, cualquier sustracción de medicamentos es motivo de denuncia. Los controles a la hora de administrar la medicación desde la farmacia son exhaustivos, el sistema unidosis tiene como finalidad controlar ese consumo de medicamentos que no tiene que ser en ningún caso mayor que el

que los pacientes requieren, parte fundamental en este control lo tiene el celador que es quien lleva el inventario y quien debe de dar cuenta al responsable del servicio de cualquier tipo de desajusto en las unidades existentes, sobre todo en medicamentos de elevado coste y aquellos sensibles de drogodependientes.

6 Bibliografía

1. Hernández, M. C., Almiñana, M. A., Deiro, J. G., Bobo, M. I., & Navarro, A. (2006). Bases de la atención farmacéutica en Farmacia Hospitalaria. Farmacia Hospitalaria, 30(n02). de Ética Farmacéutica, C. (2007). Sociedad española de farmacia hospitalaria código de ética farmacéutica. Cuad. Bioét, 18, 2ª.
2. Núñez, D. M. (2009). Manual Básico del Celador. Lulu. com.
3. Poveda Andrés, J. L., Sánchez Alcaraz, A., & Hermenegildo Caudevilla, M. (1998). Aplicación de un modelo de contabilidad analítica en un servicio de farmacia. Farm Hosp, 22(2), 75-80.
4. Llorca, D. A. (2013). Manual básico del celador de la Agencia Valenciana de Salud. Editorial Club Universitario.
Narváez, R. M., & Salinas, I. E. (2014). Análisis usando Simulación Discreta del Área de Dispensación mediante Dosis Unitaria del Servicio de Farmacia Hospitalaria.
5. Crespo, A. R., Alamillo, M. Á. T., & Ortuño, B. R. Funciones del celador en la atención sanitaria. Lulu. com. de Farmacia Hospitalaria, S. (2011). Guía para la administración segura de medicamentos vía parenteral. Huelva: Hospital Juan Ramón Jiménez.
6. Napal Lecumberri, V. (2015). Gestión en farmacia hospitalaria.

Capítulo 101

EL CELADOR Y LA COLOCACION DEL PACIENTE

LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ

CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA

MELODIA ESCALANTE TEMPRANO

1 Introducción

Una colocación correcta del paciente es básica y fundamental para mantener la alineación corporal y el confort del mismo. Es necesaria e imprescindible para prevenir complicaciones posteriores que pueden ocasionar todo tipo de lesiones.

2 Objetivos

-Prevenir la aparición de úlceras por decúbito (heridas profundas debido a un tiempo prolongado apoyando una misma zona corporal), en pacientes con trastorno circulatorio, que aparecen a las 24 horas.
-Procurar evitar el Pie caído, compresión de un nervio de la pierna que controla los músculos que intervienen para levantar el pie (nervio perineo), etc.
-Evitar contracturas; estos trastornos originan problemas futuros en la marcha y postura, lo que dificulta la movilidad del paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

1. Colocación del paciente hemipléjico semisentado:
-Elevar la cabecera de la cama entre 45º y 60º.
-Colocar al paciente en posición sentada, lo más recto posible.
-La cabeza debe descansar en una almohada pequeña, con la barbilla ligeramente hacia adelante. Si el paciente es totalmente incapaz de controlar el movimiento de la cabeza, debe evitarse la hiperextensión cervical.
-Flexionar las rodillas y caderas con una almohada o sábana doblada bajo las rodillas.
-Sujetar los pies en flexión dorsal con una almohada firme, tabla para los pies o bambas especiales.

2. Colocación del paciente en posición supina:
-Colocar al paciente sobre su espalda, con la cabecera de la cama plana.
-Colocar una toalla pequeña enrollada bajo la zona lumbar.
-Colocar una almohada bajo los hombros, el cuello o la cabeza.
-Colocar cojines o sacos de arena en la región trocantérea (zona paralela a la superficie lateral de los muslos del paciente.
-Colocar una almohada pequeña o cojín bajo los tobillos, para subir los talones.
-Colocar una tabla para los pies o almohadas firmes en las plantas de los pies.
-Colocar almohadas bajo los antebrazos, que estarán en posición prona (boca abajo), manteniendo los brazos paralelos al cuerpo del paciente.
-Colocar cojines bajo las manos del paciente. Hay que considerar la utilización de férulas en las manos para terapia física.

3. Colocación del paciente hemipléjico en posición supina:
-Colocar la cabeza en posición plana.
-Colocar una toalla doblada o una almohada pequeña bajo el hombro o lado afectado.
-Mantener el brazo afectado lejos del cuerpo, con el codo extendido y la palma hacia arriba.

-Colocar una toalla doblada bajo la cadera de la pierna afectada.
-Flexionar la rodilla afectada 30º, y apoyarla sobre una almohada o manta doblada.
-Sujetar el pie con almohadas mullidas, formando un ángulo correcto con la pierna.

4. Colocación del paciente hemipléjico en prona:
-Mover al paciente hacia el lado no afectado.
-Girar al paciente de lado.
-Colocar una almohada sobre el abdomen del paciente.
-Girar al paciente sobre el abdomen, colocar el brazo afectado alineado con el cuerpo, con el codo recto y la mano por debajo de la cadera: girar al paciente con cuidado sobre el hombro.
-Girar la cabeza hacia el lado afectado.
-Separar el brazo afectado del cuerpo, con el codo doblado, la mano hacia la cabeza y los dedos extendidos (si es posible).
-Flexionar las rodillas ligeramente, colocar una almohada debajo de las piernas, desde las rodillas hasta los tobillos.
-Colocar los pies alineados con la pierna, ayudándose de una almohada lo suficientemente elevada como para que los dedos de los pies no toquen el colchón.

5. Colocación del paciente en posición lateral:
-Bajar la cabecera de la cama completamente o tanto como tolere el paciente.
-Colocar al paciente a un lado de la cama.
-Girar al paciente de lado.
-Girar al paciente hacia el lado donde está la enfermera y otro profesional sanitario.
-Colocar una almohada bajo la cabeza y el cuello.
-Desplazar la escápula hacia adelante.
-Colocar ambos brazos en ligera flexión. El brazo superior se apoya sobre una almohada a la altura del hombro, el otro descansa sobre el colchón.
-Colocar una almohada detrás de la espalda del paciente para sujetarla.
-Colocar una almohada debajo de la pierna inferior semiflexionada, desde la ingle hasta el pie, para prevenir la hiperextensión de la pierna.
-Colocar un saco de arena paralelamente a la superficie plantar del pie afectado.

6. Colocación del paciente en posición SIMS (semiprono):
-Bajar la cabecera de la cama completamente.
-Colocar al paciente en posición supina (boca arriba).

-Colocar al paciente en decúbito lateral (apoyado en un lateral), descansando parcialmente sobre el abdomen.
-Colocar una almohada pequeña bajo la cabeza del paciente.
-Colocar la almohada bajo el brazo superior flexionado, apoyando el brazo a la altura del hombro.
-Colocar una almohada bajo la pierna superior flexionada a la altura de la cadera.
-Colocar un saco de arena paralelo a la superficie plantar del pie.

5 Discusión-Conclusión

El celador tiene que conocer los riesgos y complicaciones que puede acarrear una mala colocación del paciente dependiendo de las lesiones que padece. Así mismo, debe de conocer todos los pasos a seguir y las técnicas y posturas apropiadas en cada caso, para evitar el agravamiento de las diferentes patologías que pueda tener cada persona.

6 Bibliografía

1. http://enfermeria2galeón.com
2. Evangelina Pérez y Ana Fernández. Edt. Interamericana-McGraw-Hill. 1994.
3. Mencía Seco VR. Trastorno de movilidad y movilización de pacientes. Jaén: Formación Alcalá; 2003.
4. Aguilar Casas M. et al. Movilización del paciente. Vértice; 2011.
5. Mazeres Ferre O. Como se moviliza a un paciente encamado. FMC Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Elsevier; 2004. p.121-123.

Capítulo 102

EL CELADOR Y LAS TÉCNICAS PARA LA MOVILIZACION DEL PACIENTE

LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ

CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA

MELODIA ESCALANTE TEMPRANO

1 Introducción

Los cambios posturales, son las modificaciones realizadas en la postura del paciente encamado; el celador ayudará en la movilización cuando sea necesario al personal de enfermería buscando mover y acomodar al paciente en la cama, de forma que se sienta confortable y cómodo. Para realizar estos cambios, se deben seguir unas normas generales tales como:
-Preparar la zona donde se va a trabajar, quitando los elementos que puedan entorpecer nuestra acción.
-Procurar en la medida que se pueda realizar el esfuerzo con los músculos mayores y más fuertes (piernas y muslos).
-Acercarnos lo máximo posible a la cama del enfermo para que el esfuerzo sea menor, y la columna vertebral debe estar erguida.
-Si es posible, es preferible deslizar y empujar, que levantar.
-Es preferible, si se puede, actuar más de una persona.

2 Objetivos

-Movilizar correctamente al paciente en la cama.

-Traspasar de forma correcta al paciente desde la cama a una silla de ruedas o a una camilla utilizando una técnica correcta para evitar provocarle ningún tipo de lesión.
-Transportar de forma adecuada al paciente dentro de un hospital.

3 Metodología

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

4 Resultados

1. Movimientos del paciente a la orilla de la cama:
-En primer lugar, frenar la cama y colocarla en posición horizontal, retirar almohadas y destapar al paciente, poniendo biombos para preservar su intimidad.
-Seguidamente, nos colocamos en el lado de la cama hacia el que vamos a desplazar al paciente, y colocamos el brazo más próximo de los enfermos sobre su tórax.
-Pasar nuestro brazo por debajo de la cabeza y cuello del paciente hasta asir el hombro más lejano, y con el otro brazo agarramos bajo su cuerpo la zona lumbar.
-Después de haberlo asido bien con ambos brazos, tirar simultáneamente y de forma suave del paciente hacia la orilla de la cama.
-Una vez que se haya desplazado esta parte del cuerpo, colocaremos uno de nuestros brazos bajo los glúteos y el otro bajo el tercio inferior de los mismos, y procedemos a desplazar al paciente hacia la orilla de la cama.

2. Movimientos del paciente para situarlo en la orilla de la cama:
-Colocar la cama en posición de Fowler.
-Sujetar con una mano el hombro más lejano del paciente, pasándola por debajo de su cabeza. Con la otra mano, sujetar las piernas pasando nuestro brazo por encima de sus rodillas.
-Debemos en un solo movimiento elevar sus hombros y rotar su cuerpo moviendo a la vez con nuestro brazo las piernas y rodillas hasta que quede sentado en la cama con las piernas colgando.

3. Transporte mediante camilla o silla de ruedas:
Cuando el desplazamiento y la situación lo requieran, el transporte del enfermo se ha de realizar en la propia cama, camilla, o silla de ruedas. Si es necesario usar la camilla para trasladar al paciente, se colocará ésta paralela a la cama, frenando ambas para prevenir que se desplacen. Si el paciente colabora y puede desplazarse, se le ayuda a colocarse en la camilla, y si no puede, se le desplaza con la ayuda de dos o tres personas, las cuales colocarán los brazos del paciente sobre su tórax y le sujetarán colocándole uno de los brazos bajo el cuello, otro bajo los hombros, otro bajo la cintura, y otro bajo los glúteos. Primeramente hay que desplazar al unísono al enfermo a la orilla de la cama y posteriormente, de la misma forma, a la camilla, donde se le colocará lo más cómodo posible, y se le tapará. Si para el traslado es necesario usar una silla de ruedas en vez de camilla, se coloca ésta frenada, en paralelo a los pies de la cama, sentamos al paciente en la orilla de la misma y nos colocamos frente a él; posteriormente, procedemos a sujetarle por la cintura ayudándole a bajar de la cama, desplazándolo lateralmente hasta sentarlo en la silla. Tanto para el traslado del paciente en cama, camilla o silla de ruedas, se debe tener en cuenta lo siguiente:
-El paciente debe de estar bien sujeto para evitar caídas durante su desplazamiento.
-Si se tiene que bajar alguna rampa, bis debemos situar en la parte inferior caminando hacia atrás, de forma que el paciente encamado mire hacia nosotros, y si va en silla de ruedas al revés, mirando en la misma dirección que nosotros.
-A la hora de entrar en un ascensor, primero debe de entrar el celador y tirará de la camilla haciendo pasar en primer lugar la cabecera.

4. Movilización del enfermo de la cama a la camilla:
Se de colocar la camilla se paralela a la cama, las dos deben estar frenadas. Si el paciente puede desplazarse, se le ayuda a colocarse en la camilla, y si no pudiera moverse se le desplazará con la ayuda de dos ó tres personas (Toda movilización depende del grado de movilidad que disponga el enfermo, por un lado, y del número de personas que intervengan en la misma, por otro).
-Con una persona: si el enfermo posee movilidad, puede él solo trasladarse a la camilla, con algo de ayuda por parte del celador o auxiliar.
-Con dos personas: una de las dos realiza la movilización del enfermo y la otra se asegura de fijar la camilla para que no se mueva y de ayudar a la primera. La camilla se coloca paralela a la cama y bien pegada a ésta; (las dos deben de estar frenadas). Previamente se habrán sacado la entremetida y el hule o salvacamas tras haber retirado la sábana encimera y las mantas hacia los pies. Una de las dos personas se coloca en el lado externo de la camilla, en el centro, y tira de

la entremetida hacia sí, mientras la otra se coloca en la cabecera sujetando al enfermo por los hombros, levantándolos y acercándole hacia la camilla. Una vez que el enfermo está colocado en la camilla, se le tapa con las sábanas y mantas y se arreglan el hule y la entremetida. Otra variante con dos personas es situarse cada una en un extremo, una en un extremo de la cama y otra en el extremo contrario de la camilla, y movilizar al paciente desplazando la entremetida que está debajo del mismo.

-Con tres personas o movilización en bloque: si el enfermo no puede moverse nada, son necesarias tres personas:

La camilla se coloca perpendicular a la cama, con la cabecera de la camilla tocando los pies de la cama; las dos deben de estar frenadas. Las tres personas se sitúan frente a la cama, adelantando un pie hacia la misma. Doblar las rodillas a la vez y colocar los brazos bajo el paciente: el primero, uno por debajo de la nuca y hombros y el otro en la región lumbar. El segundo, uno bajo la región lumbar y otro debajo de las caderas, y el tercero, uno debajo de las caderas y el otro debajo de las piernas. Después, volver al paciente hacia ellos deslizándolo suavemente sobre sus brazos. Éstos se mantienen cerca del cuerpo para evitar esfuerzos inútiles. Levantar, girar los pies y avanzar hacia la camilla, luego doblar las rodillas y apoyar los brazos en la misma. Los movimientos tienen que ser suaves y simultáneos para dar seguridad al enfermo y evitar que se asuste.

5. Transporte del enfermo en camilla:

Además de las reglas generales que debemos de seguir a la hora de transportar a un paciente, también hay una serie de reglas especiales:

-Entrada en el ascensor: el celador se sitúa en la cabecera del paciente, de manera que lo primero que avanza son los pies de éste. Cuando llega al ascensor debe de abrir la puerta e ir introduciendo la camilla por la parte de la cabecera, en primer lugar, o sea, que entrará primero el celador y tirará de la camilla, de manera que la cabecera de la camilla entra en primer lugar.

-Salida del ascensor: el celador debe de abrir la puerta, y comenzar a sacar la camilla por el lado de los pies, evitando al enfermo golpes de cualquier caso; una vez en el pasillo, se debe colocar en el lado de la cabeza del paciente, desde la cual se debe empujar hacia adelante, de tal manera que los pies del paciente son los que van abriendo camino.

6. Deambulación:

Cuando por motivos de tratamiento, traslado a otra unidad, etc, se ha de movilizar a un paciente cuyas facultades para moverse independientemente se encuentren mermadas, se han de emplear medios auxiliares para realizarlo sin peligro. Si lo

que se pretende es que el enfermo empiece a caminar por su propios medios, se le debe de ayudar a deambular con la ayuda de andadores, muletas, etc, pero siempre acompañado, manteniendo su ritmo o cadencia de paso.

7. Movimientos en los transportes de ambulancias:
En los servicios de urgencias y en las ambulancias deben de existir siempre celadores cuya misión será bajar en camilla o silla de ruedas a los pacientes desde la unidad a la ambulancia o viceversa. Durante el transporte, el celador debe de ir siempre junto al enfermo, pendiente en todo momento de su seguridad y avisando de cualquier anomalía que observe al personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

El celador tiene que conocer todas las técnicas y maneras de actuar en la movilización de pacientes para evitar posibles lesiones a la hora de moverlos en la cama o transportarlos en camilla o silla de ruedas. Así mismo, debe de conocer todos los pasos a seguir y posturas apropiadas en cada caso, para evitar el agravamiento de las diferentes patologías que pueda tener cada paciente.

6 Bibliografía

1. Macías Núñez JF, Guillen Llera F, Ribera Casado JM. Geriatría desde el principio. 2º edición. Glossa; 2005. p. 179-190.
2. Mencía Seco VR. Trastorno de movilidad y movilización de pacientes. Jaén: Formación Alcalá; 2003.
3. Aguilar Casas M. et al. Movilización del paciente. Vértice; 2011.
4. Mazeres Ferre O. Como se moviliza a un paciente encamado. FMC Formación Médica Continuada en Atención Primaria. Elsevier; 2004. p.121-123.
5. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofia de Cordoba. Internet. 2003. Acceso noviembre 2009. Disponible en: Servicio Andaluz de Salud–Publicaciones.

Capítulo 103

SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA COCINA HOSPITALARIA

JOSÉ MARÍA DE LOS DOLORES PRIETO

1 Introducción

Un cuerpo mal alimentado o destruido se expone a una bajada de defensas y el organismo estará vulnerable a las enfermedades. Además, tardará más en recuperarse de las enfermedades e, incluso, están más expuestos a sufrir demencia debido a la deshidratación y falta de nutrientes en su cerebro. Quizás la medicina más importante para un paciente es una correcta alimentación. En la práctica, los dirigentes y el personal de gestión, son los que encargan de planificar los menús, comprar los ingredientes y supervisar todo el proceso. Los jefes como el personal de cocina se encargaran de que todo vaya bien. Estos servicios profesionales también lo hacen con equipos que aportan una gran productividad a la labor que realizan teniendo como resultado una comida de gran valor nutricional sin renunciar a lo gastronómico.

2 Objetivos

- Resumir en un documento la importancia de la alimentación para la salud del paciente en un entorno hospitalario.
- Explicar los principales tipos de dietas hospitalarias y su objetivo

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica literaria sobre la importancia de la cocina hospitalaria, basada en la búsqueda activa de documentos y libros digitales, así como bases de datos como Pubmed y Scielo. Utilizando palabras claves como cocina hospitalaria, dieta sanitaria y alimentación paciente. Empleando sólo los documentos más actuales.

4 Resultados

Un cuerpo mal alimentado o desnutrido se expone a una bajada de defensas importante y, en este estado, el organismo será incapaz de combatir las agresiones quedando vulnerable a las enfermedades. Si ya de por sí la persona se encuentra delicada de salud, su sistema inmunitario no podrá realizar las funciones habituales, entre ellas, la de defensa inmunitaria.

La medicina más importante para un paciente es la correcta alimentación. Solo a las evidencias hay que remitirse: los ancianos que se alimentan bien viven más y enferman menos. Mientras que aquellos otros que tienen una dieta deficiente, envejecen más prematuramente, sufren roturas de huesos, tardan más en recuperarse de las enfermedades e incluso están más expuestos a sufrir demencia debido a la deshidratación y falta de nutrientes en su cerebro.

En esta labor participan un grupo de expertos como son los dirigentes y el personal de gestión, que se encargan de planificar los menús, comprar los ingredientes y supervisar todo el proceso, desde el cocinado hasta el servicio del plato al enfermo; los jefes y encargados de cocina que velarán porque todo salga conforme a lo previsto y no haya fallos en la elaboración y servicio de los menús y, finalmente, los cocineros, pinches y el personal auxiliar que se encargan de cocinar los alimentos, de servirlos y de mantener la higiene de la cocina. El servicio es completo. Abarca desde la adquisición de los suministros hasta la elaboración de los menús, pasando por el control de las dietas y la medición de las cantidades, el servicio de los alimentos en un plazo de tiempo correcto, la calidad de los platos Cocina (Ferrer Arquitectos) 56 febrero 2017 SANUM Revista de Divulgación Científico-Sanitaria 57 Cocina hospitalaria y su aspecto y que estos conserven su temperatura ideal hasta el momento de ser consumidos. Además, también deben cuidar el presupuesto destinado a su función y al servicio completo, teniendo en cuenta que deben dar cobertura a todos los pacientes ingresados durante todo el año sin suponer un gasto desorbitado al hospital.

La profesionalidad y formación del personal implicado son las bases del éxito. El equipamiento habitual en los servicios de restauración hospitalaria. Además de invertir en alimentos de calidad y variados, estos servicios profesionales también lo hacen en equipos que aportan una gran productividad a la labor que realizan:
-Cocedores a vapor: para verduras, pescados, etc., que cocinan sin grasa y conservando los nutrientes y frescura de los alimentos en pocos minutos.
-Hornos mixtos de convección-vapor: tienen la ventaja de que permiten cocinar varias clases de alimentos a la vez sin mezclar sabores ni olores, lo cual facilita la preparación de muchas raciones al mismo tiempo.
-Freidoras continuas: permiten grandes producciones y programar el tiempo y la temperatura del aceite.
-Aparatos mixtos basculantes-marmitas: para ahorrar espacio, aceite, tiempo, etc. Autoclaves de cocción Para evitar enfriamientos se usan armarios calientes, hornos y el baño María.

Con el fin de aumentar la productividad y la eficacia, los sistemas más habituales en la cocina hospitalaria son: cocinar-refrigerar, cocinar-congelar y cocción al vacío.

El trabajo en equipo y coordinado garantizará los buenos resultados del servicio. Por eso es imprescindible contar con una empresa profesional que utiliza un programa especial para clínicas y hospitales que gestione este servicio de manera centralizada y cualificada, que conseguirá, en base a su experiencia, coordinar al personal cualificado para que realice una buena labor en todo momento, evitando los trastornos que podría ocasionar el gestionar a un gran número de empleados que, en diferentes momentos, presentasen problemas o desencanto con su trabajo.

También resulta necesario conseguir alimentos a buen precio y aprovecharlos evitando la pérdida de dinero y el desperdicio de comida, adquirir y reponer equipos de alta productividad y su mantenimiento a lo largo del tiempo, cuidar el consumo de energía, y aprovechar los espacios. Son reglas básicas a la hora de proceder a la elaboración de los menús: mantener y registrar las temperaturas adecuadas, tener elevados controles de higiene y usar ingredientes de primera calidad. También es esencial cuidar los alimentos que puedan provocar alergias o intolerancias alimentarias. Se evitarán, en mayor medida, los alimentos crudos que son susceptibles de contener microorganismos.

¿Qué ventajas aporta contar con un servicio de preparación de alimentos? Además de todas las ventajas expuestas, la colaboración de un servicio de

preparación de alimentos especializado consigue una mayor variedad y selección de alimentos, mejorar los estándares, aumentar el valor nutritivo de los alimentos y ofrecer el servicio integral aunque parte del personal se ausente. Todas ellas son ventajas para el consumidor. Para llevar a buen término el trabajo, se cuenta con un plan organizado de menús, fichas técnicas de preparación y tiempos de los menús, de rendimiento y capacidad de los abatidores de temperatura.

También es importante asegurarse de que el personal esté disponible, así como contar con el material necesario y el tiempo suficiente para la preparación de los diferentes menús. Los pacientes y su alimentación Presentar un menú hospitalario tiene varios objetivos, además de garantizar su correcta nutrición.

La alimentación tiene como fin curar o ayudar a reforzar las defensas del enfermo y satisfacer sus necesidades nutricionales, pero además persigue romper la sensación de aislamiento del enfermo, permitiéndole participar en la elección de su menú y optar por un plato de su preferencia dentro de la oferta que su estado de salud le permite. Los alimentos se escogerán por el personal especializado en función de su coste, del coste de su elaboración, de si pueden ser preparados dentro de las instalaciones y de que permitan su distribución sin perder la calidad.

Otro requisito es que se trate de alimentos aceptados por los enfermos. Menús personalizados, alergias y otros trastornos Los menús hospitalarios están orientados a cada paciente y sus necesidades, hasta el punto de que, muchas veces, las dietas forman parte del tratamiento médico en aras de su recuperación.

Los alimentos deben prepararse en relación al estado de salud de las personas, cuidando las cantidades de grasa, sal, azúcar y otros elementos que influyan en su organismo. Pacientes con diabetes, celíacos, hipertensos o SANUM Revista de Divulgación Científico-Sanitaria 57 alérgicos deben ser tratados con especial cuidado. En otros casos, el médico determinará si un enfermo necesita una dieta especial, como por ejemplo le puede suceder a los enfermos hepatópata o con otras alteraciones digestivas. Tampoco será la misma necesidad en cuanto a ración y valores nutricionales la de aquellos pacientes que han salido de una intervención quirúrgica o la de los que van a someterse a la misma.

La alimentación hospitalaria es un asunto de cuidado que exige estar en manos de profesionales que aseguren el mejor trato y atención a los enfermos.

5 Discusión-Conclusión

El principal objetivo de una dieta de cocina hospitalaria es el valor nutricional sin excluir ni renunciar a otros como los gastronómicos, culturales etc.
La seguridad alimentaria resulta asegurada con la implantación actual que poseemos de certificación de calidad ISO 9001/2008, el sistema de autocontrol APPCC (Análisis de Procesos y Puntos de Control Críticos) y la formación continuada de todo el personal implicado.
La cocina hospitalaria o, como más nos gusta denominar, el Servicio de Alimentación es el responsable de la alimentación de los pacientes-usuarios del hospital, atendiendo siempre los compromisos nutricionales, gastronómicos e higiénicos. Para llevar a cabo tal responsabilidad tenemos una plantilla de mujeres y hombres que realizan sus tareas en las instalaciones adecuadas para tal fin.

6 Bibliografía

1. Francisco Javier Guelbenzu Morte y Pedro Luis Dueñas Álvarez. Organización de cocina y alimentación en centros sanitarios. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1990.
2. Dra. Gloria Mato Chaín.Guía de higiene hospitalaria. España: Math printer; 2004.
3. BELLO GUTIÉRREZ. J. 1998. "Ciencia y Tecnología culinaria" Ed. Díaz de Santos.
5. GHAZALA. S. 1998. "Sous-vide and cook-chill processing for the food industry. London, Chapman & Hall.
6. GISSLEN, W. "Professional cooking". 1999. ". John Wiley & sons, Inc.

Capítulo 104

CORRECTA GESTIÓN DE CALIDAD EN EL ÁREA DE ALIMENTACIÓN DE UN HOSPITAL

JOSÉ MARÍA DE LOS DOLORES PRIETO

1 Introducción

El acceso físico y económico por parte de todas las personas y en todo momento a suficientes alimentos inocuos y nutritivos, para satisfacer las necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a la alimentación, para llevar una vida atractiva y sana.

Para conseguirlo la Unión Europea ha optado por considerar la cadena alimentaria en su integridad, desde la producción primaria hasta el consumo de la dehesa a la mesa, utilizando como herramienta el análisis del riesgo para garantizar un alto nivel de protección de los consumidores.

2 Objetivos

Objetivo principal:
- Mostrar cómo funciona la gestión de calidad del área de alimentación en un hospital.

Objetivos secundarios:
- Garantizar que los alimentos puestos a disposición de los pacientes sean seguros (suficientes), inocuos y nutritivos.

- Asegurar la eficacia del servicio a los usuarios para satisfacer las necesidades y expectativas que tienen respecto al Hospital.
- Prevenir y corregir la aparición de desviaciones respecto a los requisitos del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda literaria en diferentes bases de datos como Scielo, Cuiden, Elsevier, Dialnet y Pubmed. Empleando palabras clave relacionadas con la temática a tratar. Contrastando la información y descartando la menos actualizada cronológicamente.

4 Resultados

La restauración hospitalaria se encuadra en la restauración social, institucional o colectiva ya que se vincula con establecimientos que poseen una clientela cautiva, es decir, con individuos que tienen pocas alternativas para elegir puesto que su situación les obliga a comer en ese lugar, y en ocasiones también carecen de recursos para considerar otras posibles opciones.

Es un tipo de restauración institucional en el que, normalmente, además de no poder elegir lo que quieren consumir, se caracteriza porque los consumidores están enfermos y por consiguiente tienen las defensas bajas, apetito delicado o caprichoso, y en algunos casos tienen restringido el aporte de algún nutriente o dificultad en la deglución.

La restauración hospitalaria afecta directamente a la salud de los pacientes ya que una inadecuada alimentación atenta contra su salud y una correcta alimentación acorta el período de recuperación. Además es el segundo factor en importancia a la hora de valorar la calidad asistencial por parte de los enfermos y sus acompañantes (después de la atención-amabilidad del personal sanitario).
De forma general un Sistema de Gestión de la Calidad es el conjunto de elementos o actividades adecuadamente coordinados que sirven para orientar, dirigir, planificar, controlar y mejorar una organización en todo lo referente al cumplimiento de los requisitos (necesidades y expectativas) de los diferentes clientes.

Un Sistema de Gestión Integrado (SGI) con un alcance de la totalidad del Servicio de Alimentación: ”elaboración en la cocina central y distribución de los diferentes menús”, que contiene:

-Política y planificación de la calidad, incluyendo aspectos de seguridad alimentaria y compromiso de suministro de recursos para garantizar la eficacia de la Seguridad Alimentaria.
-Responsabilidad, Autoridad y Comunicación: equipo responsable, mecanismo de comunicación interna, etc.
-Enfoque al cliente.
-Asignación del personal adecuado que tenga cargo de responsabilidad en el SGI.
-Formación en técnicas de auditorías, ciencia y tecnología de los alimentos, técnicas estadísticas de muestreo, higiene alimentaria.
-Control de los procesos productivos: documentación de vigilancia, capacidad del proceso, mantenimiento preventivo, diseño higiénico y limpieza, contaminaciones cruzadas, materiales de desecho, fallos en el sistema informático, control ambiental.
-Control del diseño.
-Compras: control de proveedores, subcontratistas y materias primas.

5 Discusión-Conclusión

Es posible unir criterios de calidad y de inocuidad alimentaria: "se garantiza que los alimentos puestos a disposición del cliente/paciente/usuario cumplen las especificaciones en su totalidad y que son seguros".
La participación de todo el personal es fundamental y se consigue profesionales implicados y motivados que consideran su trabajo con suficiente reconocimiento desde la dimensión social.

6 Bibliografía

1. Caracuel A, Ortiz A, Roque R. Instauración de autocontroles en el área de restauración con una estructura de proveedor único. I Congreso Nacional de Ciencia y Tecnología de los Alimentos. Granada (2001).
2. Caracuel A. La restauración hospitalaria en Andalucía: situación actual. Anales de la Real Academia de Ciencias Veterinarias de Andalucía Oriental, Vol. 15, nº 1: 211-225 (2002).
3. Caracuel A, Roque R, Gimeno, M y Galiana, C. Implantación de un sistema integrado de gestión de la calidad en el servicio de alimentación. IV Jornadas Nacionales y II Europeas de Innovación en Servicios Generales Hospitalarios, Foro de Servicios Hospitalarios, Albacete: 113-114 (2003).

4. Codex Alimentarius Conejo J, Peinado J y Vallino Mª. Guía para la Evaluación, por los Servicios de Control Oficial, de los Sistemas de Autocontrol: HACCP y PGH. Servicio de Higiene de Alimentos y Gestión de Laboratorios. Dirección General de Salud Pública y
Participación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía (1999).
5. RD 2207/95, de 28 de diciembre, por el que se establecen las normas de higiene relativas a los productos alimenticios.
6. RD 3484/00, de 29 de diciembre, por el que se establecen las normas de higiene para la elaboración, distribución y comercio de comidas preparadas. UNE- EN ISO 9001:2000, Norma española. AENOR (2000).
7. Norma Danesa DS 3027-E. Seguridad alimentaria de conformidad con HACCP. Requisitos que han de cumplir las empresas productoras de alimentos y sus subcontratistas (1998).

Capítulo 105

EL TRABAJADOR SOCIAL SANITARIO COMO PROFESIONAL CLAVE EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ANA MARIA CANELO DIAZ

ERUNDINA PRIETO ALVAREZ

SILVIA GARCIA MIGUELEZ

LUCIA VILLA GUTIERREZ

1 Introducción

La salud, tal como la define la Organización Mundial de la Salud (OMS), "es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Se extiende a lo largo de toda la vida de la persona, abarcando dimensiones como la familiar y laboral (Velázquez, 2012). El estado y la persona tienen la responsabilidad, a partes iguales, de garantizar el bienestar propio y de la población general, siendo el primero el encargado de proponer los servicios que el segundo precise.

La enfermedad rompe con las dinámicas cotidianas y la vida diaria, sumiendo al enfermo en un estado complicado que no maneja ni conoce, y para el cual no ha generado estrategias de afrontamiento previas. Por ello, estas rupturas pueden generar en la persona ingresada secuelas psicológicas, emocionales y

físicas derivadas de la experiencia vivida. Así, un adecuado abordaje de las dimensiones sociales y familiares del paciente se vuelve relevante (Díaz de Mera, 2017).

En este sentido, el trabajo social sanitario lleva a cabo una labor que se desarrolla dentro del propio sistema de salud. Las funciones de este profesional pueden llevarse a cabo en diferentes ámbitos, desde la atención primaria hasta la atención especializada. El trabajo social sanitario, al igual que otras especialidades, se engloba dentro de una cartera de prestaciones y servicios a los que el paciente o usuario puede acceder (Masfret, 2010; 2011; 2012). Por ello, encontramos a la figura del trabajador social sanitario enmarcado en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS).

2 Objetivos

Identificar y exponer las funciones e importancia del trabajador social sanitario así como su rol dentro del equipo multidisciplinar en un servicio de salud.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Google Scholar, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2010-2020 y combinando los siguientes descriptores: trabajador social, sanidad, funciones, salud. A través de estos tópicos, se encontraron 9 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper. Se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés. De este modo, se eliminaron 2 salidas de la web. Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 7.

4 Resultados

Tras analizar los estudios hallados, se encuentra que las funciones del trabajador social sanitario son las siguientes:
-Intervenciones en crisis en casos de cuidados a pacientes con patologías agudas.
-Planificación de alta sanitaria.
-Diseño de programas de prevención.
-Aplicación de programas de intervención.
-Apoyo, educación y promoción de la salud.

-Análisis del medio social del paciente y puesta en marcha de unas pautas adecuadas.
-Gestión de grupos de ayuda.

Los servicios y prestaciones mencionadas se desarrollan a través de técnicas y procedimientos claramente establecidos en la ley. De entre los marcos más comunes que debe enfrentar este profesional en su día a día, se hallan: los procedimientos de caso, los procedimientos de familia y los procedimientos comunitarios. Los beneficiarios directos, tal y como se ha mencionado de forma previa, serán los usuarios del SNS.

Por otro lado, el trabajador social sanitario debe centrar su modo de trabajo en la continua realización de screenings precoces, con el objetivo último de realizar un diagnóstico que les ayude a adelantarse a las necesidades reales de la persona usuaria, hallando de forma rápida problemas (si los hubiera) e implantando las correspondientes medidas con una suficiente antelación que aborde la gravedad de la situación. Como consecuencia positiva de esta metodología de trabajo, se encuentra que no solo se abordan de forma eficaz problemas reales, sino que también permite optimizar recursos a corto y largo plazo.

Se ha comprobado reiteradamente, en las últimas décadas, que una adecuada gestión en este campo promueve una evolución del paciente a nivel de salud, apoyando un alta precoz y evitando reingresos hospitalarios. Visto de esta manera, se podría decir que el trabajo social sanitario es la base de los soportes sobre los que, posteriormente, se sostendrán el resto de las intervenciones médicas y sanitarias en su conjunto. Sin una adecuada base psicosocial, el resto de los abordajes de complican.

Por otro lado, ha de tenerse en cuenta que el trabajador social formará parte inherente de un equipo multidisciplinar con el que actuar en coordinación y cooperación a fin de garantizar la mejor y más adecuada labor asistencial. La literatura científica ha sacado en claro que, en ocasiones, un correcto tratamiento del área social del paciente repercute positivamente en la salud física. En este sentido, el trabajo social sanitario consta de una serie de fases fundamentales: el estudio y análisis del caso, el diagnóstico y la intervención.

Por todo lo anteriormente mencionado, el trabajador social no solo debe estar capacitado en su campo de trabajo, sino que también ha de tener claras nociones acerca de cómo la enfermedad puede funcionar -tanto como causa como como consecuencia- de efectos sociales y psicosociales negativos. Manejar adecuada-

mente el concepto de enfermedad y salud apoyará a que la labor de trabajador social sanitario se realice de la mejor manera posible.

5 Discusión-Conclusión

El trabajador social sanitario es fundamental dentro del campo de la salud, sin embargo, a este profesional no se le ha asociado de manera clásica con el SNS, sino con ámbitos sociales y de familia. Sin embargo, tal y como se ha visto a lo largo de este trabajo, funcionará como una pieza clave dentro de los servicios sanitarios, pues desarrollará una clara labor preventiva e interventiva que apoyará la recuperación del paciente y a su entorno social de forma eficaz.

Por otro lado, se encuentra que estos profesionales deben tener una formación adecuada que les permita incidir correctamente a nivel bio-psico-social, entendiendo estos tres conceptos como uno solo de forma que todos afectan a los restantes, pues se encuentran claramente interrelacionados.

Asimismo, el trabajador social debe ser consciente de la importancia del equipo interdisciplinar del que forma parte, mantener una adecuada comunicación horizontal y vertical y trabajar de forma conjunta con el resto de los profesionales para garantizar la calidad de la asistencia sanitaria.

6 Bibliografía

1. De la Torre, A. H. (2011). La participación comunitaria en Salud y el Trabajo Social Sanitario. Documentos de Trabajo Social: Revista de trabajo y acción social, (50), 146-186.
2. Díaz de Mera, E. (2017). El trabajo social sanitario y su integración en el sistema público de salud. Una propuesta desde el modelo de gestión sanitaria de las mutuas colaboradoras con la seguridad social en España. Comunitania: Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales, 13, 101-120.
3. Fernández, A. I. L. (2012). Trabajo social, nuevos contextos, nuevos compromisos. Azarbe, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar, (1).
4. Masfret, D. C. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales, (47), 109-119.
5. Masfret, D. C. (2011). El trabajo social sanitario: Los procedimientos, los protocolos y los procesos (Vol. 204). Editorial UOC.

6. Masfret, D. C. (2012). El diagnóstico social sanitario. Aval de la intervención y seña de identidad del trabajo social sanitario (Vol. 234). Editorial UOC.
7. Rojas, V. C., Molinet, J. R., Costa, A. P., Gil, M., Gil, A. M., Antolín, L. S., ... & Prades, E. P. (2011). Factores sociales asociados a la hiperfrecuentación en centros de atención primaria de salud: un estudio desde el trabajo social sanitario. Trabajo social global-Global Social Work: Revista de investigaciones en intervención social, 2(3), 116-142.
8. Velázquez, M. C. A. (2012). El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud. Revista Ene de Enfermería, 3(2).

Capítulo 106

EL CELADOR EN EL ALMACÉN DE FARMACIA

SUSANA ALVAREZ BLANCO

BEATRIZ FERNANDEZ RUIZ

JOSÉ JOAQUÍN ROMERO SUÁREZ

1 Introducción

El Servicio de Farmacia de un hospital cuenta con un almacén de Farmacia, el cual no depende de ningún otro, si no del mismo servicio estando este atendido por el Celador de Farmacia. Dicho almacén atiende las necesidades de las distintas Unidades del Centro Hospitalario. Gestiona la compra de productos externos y normalmente se planifica con una previsión anual.

2 Objetivos

- Atender las necesidades del Centro Hospitalario, asegurándose de contar con la cantidad necesaria de cada producto según su consumo para no quedarse sin ellos.
- Custodiar los mismos y coordinar tanto la recepción de mercancía, buscando la mayor eficacia posible, así como la distribución posterior de la misma por las distintas unidades del centro según sus demandas.

3 Metodología

En la búsqueda de información hemos utilizado las bases de datos de los buscadores: Redalyc, Scielo y Dialnet y con unas palabras clave como FIFO, almacén y celador, en los que nos han arrojado un resultado de 353, 293 y 42 todo ello después de haber tenido que hacer uso de filtros como idioma, salud pública, año de publicación, por la cantidad excesiva de artículos resultantes y posteriormente hemos recogido información de una veintena de ellos.

4 Resultados

Para una buena gestión del almacén, el celador deberá seguir unas líneas de organización fundamentales, tales como una buena accesibilidad con una rotación de los productos y un aprovechamiento del espacio con lo que se conseguirá a su vez un control de costes.

El celador almacenará los productos procurando llevar unas directrices encaminadas a buscar una fluidez de su trabajo ahorrando tiempo y esfuerzo.

El almacén debe de contar con el espacio suficiente según sus necesidades, para que pueda alberga toda la mercancía necesaria de forma segura y ordenada, dentro del mismo se distinguirán las siguiente zonas, recepción y control de mercancías, zona de stock o almacenamiento, zona de preparación para el reparto, zona de preparación de formulas magistrales, zona de salida y verificación y zona administrativa.

La primera función del celador de farmacia será la recepción de mercancía que previamente ha sido solicitada, es muy importante dicha labor pues el celador debe de comprobar que el albarán de entrega corresponde con la orden de petición y que el número de bultos y el material recibido corresponde fielmente con lo expuesto en dicho albarán, seguidamente se procederá a su almacenamiento en su zona correspondiente.
Existen distintos tipos zonas de almacenamiento:
-Localización preasignada, lo cual nos indica que todos los productos tienen ya asignado un lugar fijo del almacén para su colocación.
-Localización aleatoria, los producto no tienen asignado una localización fija y se suelen colocar según el volumen y el peso del producto o embalaje.
-De tipo mixto, que es una mezcla de los dos anteriores.

El más común será el de localización preasignada, donde todos los producto

tienen asignado su lugar en el almacén, facilitando y agilizando así su localización, fácil y rápido, además de lo cual se tendrá en cuenta a la hora de predeterminar el sitio de almacenamiento, tanto el peso del producto como el volumen del mismo, evitando hacer un sobresfuerzo en la manipulación de dichos bultos, facilitando así la tarea al celador de farmacia y evitando lesiones con su manipulación.

A su vez existen formas de almacenaje:
-Almacenado en bloque, los cuales serian colocando la mercancía sin espacios entre ellos.
-Almacenaje a granel, consistente en su colocación adosada entre sí o en montones.
-Almacenaje ordenado, los cuales estarán en su espacio reservado al producto.
-Almacenaje desordenado, como así se define se colocará en el espacio que estuviese libre en ese momento.

Para un correcto almacenaje y teniendo en cuenta el espacio del almacén (con pasillos o sin pasillos) se procurará en lo posible paletizar el producto aunque sean de diferentes proveedores siempre que se mantenga un criterio de localización y a su vez usar la tecnología existente para el control de la mercancía.

Otras funciones del celador de Farmacia son:
Por las mañanas pasará por las consultas o unidades clínicas para recoger los envases vacíos de soluciones desinfectantes, anotando el numero de envases recogidos en la hoja de especialidades elaboradas, teniendo especial cuidado de recoger solo aquellos envases que se encuentren limpios, desencapsulados y con tapón, si algún envase presentara alguna anomalía lo hará constar por escrito con lo que se requiere la firma de la supervisora de dicha unidad, de regreso a la farmacia, entregará los envases a la auxiliar de laboratorio y le entregará la hoja de especialidades elaboradas. En el momento que las soluciones desinfectantes estén preparadas se procederá a colocarlas en el almacén, siendo el celador el encargado de repartirlas una vez solicitadas por las unidades, apuntando en la hoja de especialidades la salida de dichas soluciones, esta hojas estarán a disposición de los administrativos. Dentro de sus funciones también encontraremos: la movilización del material pesado, transportar el material dentro de la farmacia, trasladar los carros con la medicación unidosis, tanto desde la farmacia a las distintas unidades como desde las unidades hasta la farmacia, preparación de alcohol custodia de la farmacia y colaborar en los inventarios, dichos inventarios pudieran ser de recuento diario, semanal, trimestral, semestral o anual los

cuales se realizará para conocer la diferencia entre stock real y stock teórico. Se realizarán como mínimo una vez al año, y sirven para comprobar que las existencias del material almacenado coinciden fielmente con las registradas en las fichas o en el ordenador de control y así tener actualizado el stock.

El celador tendrá el control del stock con lo cual tendrá especial atención al tiempo entre un pedido y el siguiente, tener material de reserva observando mantener un estocaje máximo y mínimo; un estocage de seguridad para evitar roturas de estocaje por retrasos de suministros y también evitar tener stock sobrante que es aquel que se tiene en el almacén y no se le da salida.

Los inventarios se realizará contando unidad por unidad del estocaje existente. Los modelos de gestión que se emplean en un almacén serán el FIFO (la primera mercancía que entra será la primera en salir) el LIFO (la primera que entra será la última en salir) y la PARETO (A,B,C) catalogando con la A los productos de mayor utilización, la B para los que intermedio consumo y la C para aquellos de menor movimiento y que se almacenarán en las zonas de menos accesibilidad. Con todo ello el método más utilizado será el método FIFO que consistente en que la primera mercancía que entra en el almacén es la primera que saldrá del mismo, siendo la existencia que sale la mas antigua, esto nos sirve para controlar las fechas de caducidad, lo cual quiere decir que cuando colocamos mercancía entrante, la colocaremos detrás de la ya existente en el almacén, con ello mantendremos en primer lugar los productos de primera caducidad y detrás con de fecha posterior. Todos los productos contarán con una referencia que constará en las fichas e informa del tipo de producto que es y de las características del mismo.

El encargado de comprobar las existencias será el controlador de suministros y el encargado del almacén de farmacia será un farmacéutico de carrera.

El celador de farmacia no realizará su labor de forma individual sino bajo la supervisión de otros profesionales, su obligación es la de conocer el funcionamiento interno del almacén.

5 Discusión-Conclusión

El almacén de farmacia tiene la misión de suministrar todos los medicamentos que se necesiten en las distintas Unidades del Centro Hospitalario.

El encargado de dicho almacén será un farmacéutico de carrera, dentro del equipo

de trabajo se contará con el celador, el cual se encargara de: recepción de la mercancía, control, y su colocación siguiendo los criterios establecidos para mantener un buen control tanto del stock, de la caducidad, la fácil localización del producto y de la seguridad de los mismos, también se encarga de la movilización de los productos dentro de la farmacia y de su posterior traslado por las distintas unidades del hospital y cuando se establezca según protocolo se colaborará en la realización de los inventarios.

El celador de farmacia debe de tener perfecto conocimiento del funcionamiento interno del almacén.

6 Bibliografía

1. El Celador en el Área de Consultas Externas en Suministros, Almacenes Farmacia y Resto de puestos; Ana Mª García Ordoñez, Mª Dolores Ávila Rodríguez, Adoración Peñalvez García. Actuación en Farmacia y Almacén, Alejandro Campos Marcos, 2011.
2. El celador en Farmacia, Almacén y Suministros Externos, Rosario Castro Cañada, 2011.

Capítulo 107

EL CELADOR SANITARIO Y SU SEGURIDAD CONFORME A PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

SUSANA ALVAREZ BLANCO

BEATRIZ FERNANDEZ RUIZ

JOSÉ JOAQUÍN ROMERO SUÁREZ

1 Introducción

La protección de los trabajadores ante cualquier posible riesgo laboral, es una prioridad. Entre los riesgos laborales mas antiguos que afectan a los profesionales de la sanidad, se encuentra el riesgo infeccioso, siendo este uno de los más importantes, también existen muchos otros riesgos a tener en cuenta como celador, riesgo ergonómico riesgo físico o de seguridad, higiénico, psicosocial, organizativos, traumáticos, accidentes de origen eléctrico, heridas, trauma sonoro, etc.

Conforme a nuestra legislación vigente, (Art. 115 RDL del TR de LGSS/1994) considera el accidente de trabajo como "toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena", ateniéndose también a esta consideración los producidos in itínere (recorrido de casa al trabajo o del trabajo a casa) y en algunas otras circunstancias específicamente recogidas en dicho artículo.

2 Objetivos

Informar, prevenir, dar a conocer y alentar a todos los trabajadores a seguir unas pautas de los principales riesgos laborales presentes en gran medida en los centros sanitarios y resaltar y adoptar las principales acciones preventivas, con el fin de evitar o disminuir en lo posible los riesgos derivados del trabajo.

3 Metodología

Para ello hemos buscado información usando las bases de datos: Scielo, Pubmed, Cochrane y Redalyc y con palabras clave como Prevención de Riesgos Laborales (PRL), celador, sanidad, debido al alto numero de resultados, hemos teniendo que utilizar filtros como ergonomía, tipos de riesgos, cargas con lo que nos han quedado en unos 76 resultados de los que nos hemos fijado en 11 para resumir y sacar nuestras conclusiones.

4 Resultados

Siendo muchos y variados los distintos tipos de riesgos laborales, el celador prestará especial atención a:

-Riesgos por accidentes. Una situación de ámbito inesperado, no previsto y que pueden ocasionar cualquier tipo de lesión, los más frecuentes son caídas de personas u objetos que pudieran dañar al celador u otra persona. Para evitar caídas mantendremos el orden en los pasillos y zonas de trabajo, utilizaremos calzado adecuado, respetando las vías de circulación, utilizaremos el pasamanos al subir o bajar escaleras, para subir a los altillos se utilizarán escaleras adecuadas a tal efecto, secar o señalizar zonas húmedas o cualquier líquido derramado accidentalmente, los almacenamientos de materiales se harán de forma estable y segura.

-Riesgos ergonómicos. Son los derivados de realizar tareas que implican un gran esfuerzo físico, como movilizar a pacientes, manejar cargas, movimientos repetitivos, adoptar posturas forzadas que pudieran derivar a una lesión muscular o traumática. Como métodos de prevención se tendrán en cuenta, no manipular cargas pesadas sin la ayuda de compañeros o de medios mecánicos, mantener la espalda recta, tener presente que siempre es mejor empujar (camas, cajas, carros, sillas etc) que tirar de ellas, no realizar el mismo movimiento mas de veinte minutos seguidos sin realizar una pausa, es mejor sostener al enfermo por los antebrazos acercándolo al cuerpo y flexionando las rodillas y buscar puntos de

apoyo exteriores que con el contrapeso del propio cuerpo aumenta la fuerza aplicada al movimiento. La realización de trabajos bajo posturas indebidas o inadecuadas es un factor negativo que aumenta el riesgo de sufrir una lesión musculo esquelética que trataremos de evitar o minimizar en lo posible. Teniendo en base estudios sobre accidentes de trabajo en el sector sanitario y haciendo referencia a sus celadores y en un periodo de cuatro años ha dado como resultado que de las lesiones que han sufrido los celadores, y que han sido las Luxaciones, esguinces y distensiones los accidentes más comunes y en un ascenso continuo que ha subido de un cincuenta por ciento las lesiones del primer año a un elevado ochenta y cinco por ciento al cuarto. Seguido de lesiones superficiales las cuales han venido en gran disminución de un treinta u tres por ciento el primer año a un escaso tres por ciento.

-Riesgo higiénico. Fundamentalmente se distinguen tres tipos que consideraríamos como, biológico, químico y de radiaciones.

1. Biológico: aquel dado a una exposición a dichos agentes y están relacionados con el contacto con enfermos, con sus muestras biológicas, con la exposición a cultivos celulares, muestras e instrumental contaminado. El principal riesgo de contagio es a través de pinchazos con agujas infectadas o material cortante, tos, estornudos, secreciones, salpicaduras. En relación con las agujas usadas y el material corto punzante en los trabajadores de los hospitales como médicos, enfermeras, celadores, personal de laboratorio, mantenimiento quienes respondieron a la pregunta , más de un tercio de los encuestados afirmó haber sufrido algún accidente laboral por pinchazo de aguas usadas o con otro material corto punzante pero fue en el apartado de definición donde el ochenta y ocho por ciento el momento de haber sido al insertar la tapa de la aguja de la jeringuilla. Las vías más comunes para su contagio serian por vía respiratoria, digestiva, sanguina o contacto directo. Las principales estrategias de prevención son, el uso de guantes, mascarillas, batas, lavar las manos antes y después de atender al paciente, estar vacunado sobre todo de enfermedades mas típicas como la hepatitis B, C, Tétanos y que prestar mucha atención a la posibilidad de encontrar agujas abandonadas en la recogidas de basura y desechos.

2. Químicos: referido a la exposición a estos agentes; su principal forma de contaminación es por inhalación, dérmica, parental y la digestiva, puede causar un daño inmediato o por el contrario tardar años en aparecer los síntomas, en los centros de trabajo nos podemos encontrar con diferentes tipos de agentes químicos como por ejemplo, desinfectantes, esterilizantes, medicamentos, agentes anestésicos y como medidas de prevención se destacan los equipos de protección individual, EPI, y principalmente una buena formación sobre la manipulación de

las sustancias químicas manejadas.
3. Ionizantes: Son aquellas radiaciones que provienen de las instalaciones médicas (superior al 10%), para prevenirlas se respetará la señalización, se informarán de los riesgos existentes y se seguirán las normas de seguridad dadas por los responsables del departamento como pudieran ser permanecer el menor tiempo a la exposición mandiles de protección y la utilización de dosímetros de control para tal efecto.
-Riesgos de naturaleza psicosocial. Están relacionados con la carga de trabajo, se refieren tanto a esfuerzos físicos como mentales, puede aparecer cuando la carga de trabajo es excesiva, bien por la jornada laboral, la turnicidad, el horario, por el estrés pudiendo en ocasiones derivar en cuadros clínicos de agotamiento emocional o del Síndrome de Burnout. Para paliar los efectos es necesaria una buena organización del trabajo, teniendo en cuenta las opiniones de los trabajadores y crear un buen ambiente en el puesto. Para Mondelo y otros (2000), "la carga mental viene determinada principalmente por la cantidad de información que debe tratarse, el tiempo de que se dispone y la importancia de las decisiones".

5 Discusión-Conclusión

Partiendo de la premisa que es mejor prevenir que curar, entendemos la importancia de conocer y aplicar una buena Prevención de Riesgos Laborales en la que todos los trabajadores estén debidamente informados y formados, poniendo a su alcance todos los medios que fuesen necesarios para protegerse en las distintas circunstancias en las que se pueda encontrar al realizar su trabajo.

6 Bibliografía

1. Ley 31/1995, de ocho de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.
2. Prevención de Riesgos Laborales para Celadores (2ª edición) , Rafael Ceballos Atienza.
3. Art. 115 RDL del TR de LGSS/1994.
4. Revista de Enfermería C y L. Castilla y León, ISSN 1989-3884 por Luisa Hidalgo Marcano.
5. Guía Básica de Riesgos Laborales Específicos en el Sector Sanitario, Secretaria de Salud Laboral de Castilla y León.
6. Salud de los Trabajadores, ISSN 1315-0138, Luis Galendez, Yuraina Rodríguez.
7. Riesgos Laborales del Personal Sanitario, nº 56. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo.

Capítulo 108

EL CELADOR Y EL AISLAMIENTO HOSPITALARIO

JOSÉ JOAQUÍN ROMERO SUÁREZ

SUSANA ALVAREZ BLANCO

BEATRIZ FERNANDEZ RUIZ

1 Introducción

Los pacientes hospitalizados precisan distintas actuaciones según la patología que presenten. El aislamiento consiste en separar a un paciente del resto y se aplica a aquellos cuya enfermedad se puede trasmitir a otras personas. Según la forma de trasmisión se aplican distintas medidas.

2 Objetivos

-Evitar la trasmisión de enfermedades de unos pacientes a otros o al personal que los atiende.
-Disminuir la incidencia de infecciones nosocomiales.
-Evitar el riesgo de contagio de las visitas, interrumpiendo la cadena de trasmisión.

3 Metodología

Consultando como base de datos slideshare.net se han encontrado 53.077 artículos, de los cuales se han seleccionado 3 para su uso.

4 Resultados

El ámbito hospitalario, debido a las patologías de los pacientes, es propicio para la propagación de gérmenes que son causa de enfermedades. Las infecciones Nosocomiales (contraídas durante su estancia en el hospital) suponen un aumento en la mortalidad y morbilidad, para evitar su propagación son importantes las medidas de higiene personal. Algunos pacientes son capaces de asearse adecuadamente por sí solos. En cambio, en ocasiones el aseo deben realizarlo la auxiliar de enfermería y el celador, los cuales deben aplicar las medidas estándar de protección (el lavado de manos es la principal de estas medidas). Los pacientes que presentan enfermedades trasmisibles deben someterse a aislamiento.

Hay varios tipos de aislamiento:
1. Aislamiento estricto o de vía aérea. Se aplica para evitar el contagio de enfermedades que se trasmiten mediante partículas de un diámetro inferior a 5 micras, las cuales se dispersan fácilmente y pueden permanecer en el aire o depositarse en el suelo o mobiliario, manteniendo su capacidad de contagio durante largo tiempo.
Las medidas a tomar son:
-Habitación individual con presión negativa siempre que sea posible. Pueden compartir habitación los pacientes con el mismo microorganismo.
-Uso de bata, guantes y mascarilla que se desechan después de su uso en un contenedor habilitado para ello.
-Material sanitario de uso exclusivo para cada paciente (fonendo, termómetro, chata, etc.) Material de un solo uso siempre que sea posible.
-Puerta cerrada y visitas restringidas.
-Lavado de manos antes y después de cualquier contacto con el paciente o material de uso para su atención.
-La atención a estos pacientes se realiza después del resto de pacientes.
-Todos los residuos de la habitación se consideran contaminados y se desechan en doble bolsa.
Los patógenos que requieren este tipo de aislamiento son:
-Tuberculosis pulmonar.
-Varicela.
-Herpes Zóster diseminado.
-Sarampión.
-Lesiones cutáneas infectadas.
2. Aislamiento inverso. En este caso se trata de proteger al paciente de posibles contagios debido a su bajo nivel de defensas, se aplica a pacientes trasplantados,

inmunodeprimidos (tratamientos tumorales), con leucemia o leucopenia.
Las medidas a tomar son:
-Habitación individual con presión positiva.
-Uso de bata, guantes gorro y mascarilla, que se ponen antes de entrar en la habitación y se dejan a su salida en el contenedor habilitado para ello.
-Material sanitario de uso exclusivo.
-Material desechable siempre que sea posible. Puerta cerrada.
-Lavado de manos con jabón antiséptico antes de atender al paciente.
-Restringir todo lo posible el número de personas que entran en la habitación, tanto visitas como personal.
-El personal que atiende a estos pacientes no puede presentar ningún proceso infeccioso.
Pacientes que requieren aislamiento inverso:
-Grandes quemados (más de un 25%). Trasplantados de médula ósea.
-Sometidos a quimioterapia. Inmunodeprimidos.
-SIDA.
3. Aislamiento respiratorio por gotitas. Se aplica en casos de trasmisión aérea por gotitas (flugee) que se emiten al hablar, toser, estornudar o durante la realización de algunos procedimientos (aspiraciones, broncoscopias) en los cuales las gotitas se pueden depositar en la conjuntiva, mucosa nasal o boca del nuevo huésped. Se impulsan a corta distancia, (1m al hablar y hasta 4 m al toser o estornudar) quedan suspendidas en el aire durante poco tiempo.
Medidas a tomar:
-Habitación individual con presión negativa. Pacientes con el mismo germen pueden compartir habitación.
-Mascarilla antes de entrar en la habitación. Material de uso exclusivo para el paciente.
-Lavado de manos antes y después de entrar en la habitación y uso de guantes. Higiene y desinfección diaria de la habitación.
-Traslados del paciente limitados, poner mascarilla al paciente si tiene que salir de la habitación a realizar alguna prueba
-Mantener especial atención durante el manejo de muestras (esputos).
Enfermedades a las que se aplica aislamiento respiratorio:
-Varicela Rubeola Meningitis.
-Neumonía meningocócica Parotiditis.
-Tosferina.
-H1N1 (gripe A).
-Coronavirus Covid-19.

4. Aislamiento de contacto. La trasmisión por contacto es la más frecuente en las infecciones nosocomiales. Puede ser de dos tipos: por contacto directo o indirecto.

-Directo. Contacto de la piel de una persona infectada con la de un posible nuevo huésped (por ejemplo, el celador al movilizar un paciente, asearlo o realizar cualquier actuación que requiera contacto directo).

-Indirecto: En este caso la transmisión de la infección ocurre a través de un objeto contaminado (material sanitario, vendajes, guantes no cambiados, etc.).

La finalidad de este aislamiento es prevenir la transmisión por contacto con quemaduras o heridas infectadas y líquidos purulentos.

Medidas a tomar:

-Habitación individual (pueden compartir habitación los pacientes con el mismo microorganismo).

-Uso de bata, mascarilla y guantes, que se desechan dentro de la habitación.

-Material clínico de uso exclusivo.

-Lavado de manos antes y después de atender al paciente.

-Instruir al paciente y sus familiares en el seguimiento de las medidas para conseguir su colaboración.

-El material contaminado se desecha en doble bolsa.

Enfermedades que requieren aislamiento de contacto:

-MRSA (Staphylococcus aureus resistente a la meticilina).

-Gastroenteritis por Rotavirus.

-Impétigo.

-Hepatitis tipo A.

-Infección de herida o quemaduras por Streptococcus grupo A.

5. Aislamiento entérico. Se lleva a cabo para evitar la transmisión de enfermedades a través de las excreciones y las heces infectadas o los objetos contaminados por ellas.

Medidas a tomar:

-No es necesaria una habitación individual con una correcta higiene del paciente.

-Uso de bata y guantes dentro de la habitación.

-Lavado de manos antes y después de cada atención.

-Uso de lejía para desinfección de inodoro, chata, botella de orina, etc.

-La ropa de cama se trata como material contaminado.

-Los residuos se desechan en doble bolsa.

5 Discusión-Conclusión

La gran variedad de patógenos causantes de infecciones nos obliga a seguir unas normas que minimicen su transmisión, tanto a otros pacientes como a los profesionales de la salud. Las medidas de aislamiento llevadas a cabo, tanto por el personal como por las visitas, ayudan a cortar la cadena de transmisión para evitar nuevos contagios. El movimiento de los pacientes aislados dentro del hospital debe limitarse todo lo posible y cuando es imprescindible se realiza utilizando las medidas de barrera adecuadas.

Para que el paciente pueda colaborar a disminuir el riesgo de contagio, tiene que conocer la forma de transmisión de su enfermedad. El aislamiento de un paciente no debe ser motivo de demora en la realización de pruebas diagnósticas o procedimientos necesarios. Esta atención se dispensará después que a los pacientes no infecciosos, ya sea en el caso de curas, intervenciones quirúrgicas, etc. Además, debemos tener en cuenta el efecto que el hecho de estar aislado puede producir en los pacientes, es posible que se sientan culpables, rechazados, angustiados, etc. por ello la actitud del personal debe transmitirles seguridad y bienestar.

6 Bibliografía

1. Aislamiento hospitalario. Samuel Pérez.
2. Generalidades del aislamiento hospitalario. Sandy López González.
3. Aislamiento hospitalario. Enf 1418. Estudiantes de enfermería de Coatepec.

Capítulo 109

EL CELADOR Y LA ATENCIÓN AL USUARIO DE LA INSTITUCIÓN SANITARIA A TRAVÉS DEL TELÉFONO

BEATRIZ FERNANDEZ RUIZ

JOSÉ JOAQUÍN ROMERO SUÁREZ

SUSANA ALVAREZ BLANCO

1 Introducción

El teléfono como instrumento tanto de contacto entre personas vías redes móviles como redes sociales, entre otros, es una herramienta muy potente que ha de usarse con responsabilidad. Este trabajo plantea no sólo unos objetivos claros del uso del teléfono en el ámbito sanitario sino que, también plantea unas soluciones a ellos.

2 Objetivos

-Dar al paciente la información que solicite de forma que quede satisfecho.
-Aclarar al paciente todas sus dudas e inquietudes.
-Conseguir que el paciente se lleve una opinión positiva sobre la Institución.

3 Metodología

Usando como base de datos: Dialnet Plus, Lilacs, Scielo y Cochrane y utilizando las palabras claves paciente, lenguaje, comunicación y atención telefónica, como descriptores, se encontraron 21 artículos de los cuales se seleccionaron 2 en base a los objetivos antes expuestos.

4 Resultados

El teléfono es el medio de comunicación más utilizado debido a las múltiples ventajas que presenta. Permite al usuario acceder a un servicio de salud determinado de forma rápida y sencilla, independientemente de la distancia que le separe del mismo.

La información recibida por teléfono juega un papel importantísimo en la impresión que el paciente se lleve del servicio al que se dirija. En muchas ocasiones el celador se relaciona con el paciente a través del teléfono, por ello la imagen que ofrecemos a través de este medio debe caracterizarse por su profesionalidad, eficacia, modernidad y sobre todo por una alta calidad. Atender correctamente al teléfono es una habilidad que se aprende. Teniendo en cuenta aspectos como la voz, el lenguaje, la sonrisa y el silencio, podemos obtener resultados sorprendentes.

La voz:
Es lo primero que percibe la persona que llama y se concentra mucho mas en nuestra voz que cuando el contacto es cara a cara. Nuestro tono de voz ha de conseguir reflejar: amabilidad, confianza e interés. Es importante adaptar el tono de voz a las circunstancias:
-En la toma de contacto.
-El tono ha de ser cálido y acogedor.
-En la detección de necesidades.
-El tono ha de ser de escucha activa e interés.
-En la argumentación.
-El tono ha de mostrar conocimientos sobre el tema y sobre todo seguridad.
-Para persuadir al usuario.
-El tono ha de invitar a la acción.
-Si nos vemos obligados a poner objeciones.
-El tono ha de ser bajo pero sincero y convincente.
-Ante las reclamaciones.

-El tono ha de ser reconciliador y tranquilizador.

La velocidad del habla también es importante, hay que adaptarla en cada momento de la conversación:
-Cuando queremos que el paciente retenga información hablaremos lentamente.
-Si variamos la velocidad en un momento dado nos va a permitir enfatizar una idea o conseguir más atención del paciente.
-Es importante adaptar la velocidad de la conversación a las características del paciente, es decir, hay que tener en cuenta aspectos como la edad, el nivel cultural, etc.

El lenguaje:
Son muy importantes en la comunicación las palabras que empleemos. El vocabulario ha de ser fresco, actual y nunca vulgar. Es aconsejable utilizar el tiempo presente y usar un estilo en positivo en la conversación.

La sonrisa:
Es un aspecto que contribuye en la personalización de la comunicación telefónica. Hay que sonreír al comunicarnos por teléfono.

El silencio:
El silencio humaniza la relación entre la persona que escucha y la que habla. Los silencios pueden servir para transmitir al paciente una actitud por nuestra parte de escucha activa. Es muy importante no interrumpirle, esto nos puede ayudar a obtener información sobre el paciente.

Para que el trato y la atención al paciente a través del teléfono sea la correcta es muy importante:
-Contestar antes que el teléfono suene más de tres veces.
-Contestar saludando, identificar el servicio y ofrecer colaboración.
-Sonreír siempre que la ocasión lo permita.
-La escucha activa es muy importante.
-Concentrarse en la llamada.
-Hablar despacio.
-Tener a mano los útiles necesarios para resolver la llamada.
-La información ha de ser correcta y breve.
-Mostrar interés.
-Si la llamada requiere dejar esperando al paciente la espera nunca debe sobrepasar más de un minuto.

-Cuando vaya a concluir la llamada es necesario resumir la llamada de forma concreta y despedirse siempre cortésmente.

Muchas veces en una conversación telefónica se dan situaciones de conflicto. En estos casos el buen profesional se caracteriza por su capacidad para desarrollar habilidades y mecanismos que conviertan el conflicto en una situación idónea para que el paciente esté satisfecho en todos los sentidos. Es importante en estos casos dar una respuesta asertiva, es decir, hay que dirigirse hacia la solución del problema, siempre con respeto hacia nosotros mismos y hacia el paciente. Hay que controlar la situación ejerciendo el autocontrol sobre conductas y emociones y es muy importante proporcionar confianza y actuar en consecuencia. La conducta asertiva es la más adecuada para resolver problemas o situaciones conflictivas pero además ha de ser la característica permanente de nuestro comportamiento y trato con el paciente. Va a suponer tener seguridad en uno mismo, ser comprensivo y respetuoso con los puntos de vista del interlocutor. Cuando el celador es asertivo, como es capaz de controlar situaciones difíciles, reduce su nivel de estrés ya que se anticipa a las situaciones de conflicto y las trata hábilmente.

La predisposición ante una petición es importante que sea positiva pero hay ocasiones que hay que decir no. Esto en muchas ocasiones es difícil, por ello es importante aprender a negarnos sin que afecte a la relación entre los interlocutores ni a la imagen del personal como de la Institución. ¿Cómo lo podemos hacer? Pues siguiendo una serie de pautas: Identificándonos para que el cliente tenga un referente, escuchar activamente, asegurándonos de la demanda con exactitud, ser claros y explicar el por qué de nuestra negativa y por qué no se puede resolver su demanda. Si no depende de nosotros debemos informar, derivar o gestionar lo que sea conveniente aclarando que la respuesta a su demanda no es de nuestra competencia, pero tratando siempre al paciente de forma adecuada y correcta. Se deben escuchar las réplicas y acceder a las alternativas en caso de que sea posible. Es muy importante ignorar los posibles ataques personales y no responder a las críticas, solamente repetir la negativa y las alternativas posibles. Siempre hay que buscar alternativas dando información apropiada.

Es muy importante estar preparados para la reacción emocional del paciente mostrando comprensión hacia ella. Si nos comprometemos en alguna cuestión concreta hay que cumplirla.

5 Discusión-Conclusión

El celador en el desempeño de sus funciones se tiene que enfrentar a situaciones diversas e incluso a veces desagradables por lo que es muy importante que gestione adecuadamente sus habilidades. En la mayoría de las ocasiones es el primer contacto que tiene el paciente con la institución por ello es necesario actuar de forma sosegada, correcta y educada para que el paciente perciba un trato excelente.

La voz, la sonrisa, el silencio y el lenguaje determinarán que el paciente perciba o no si le estamos escuchando atentamente y con interés. La capacidad de escucha es importantísima en la interacción con el paciente a través del teléfono.

Ser asertivo en la comunicación consiste en desarrollar las conductas correctas en el momento adecuado, saber qué hacer y cómo hacerlo. Además, las personas asertivas conservan la integridad durante la interacción personal permitiendo que la relación celador-paciente consiga satisfacer alguna necesidad.

Es importante que el paciente quede satisfecho pero eso no significa que estemos obligados a complacerle en todo, ya que en algunas ocasiones y por diversos motivos no podemos atender sus demandas. No se pueden dar falsas expectativas al paciente que luego no podemos cumplir.

Un paciente satisfecho supone disminuir problemas a la Institución sanitaria, por ello el personal de dicha Institución, en el caso que nos ocupa el celador, debe de actuar de forma que se consiga este objetivo siempre atendiendo al respeto del paciente, del personal y de la propia institución.

Todas las actuaciones han de estar sujetas a las leyes:
-Ley 19/2013, de 9 de Diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.
-Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

6 Bibliografía

1. Curso “Comunicación, trato al usuario e imagen del hospital”. Hospital General de Especialidades “Ciudad de Jaén”.
2. Habilidades de comunicación interpersonal en las Unidades de Atención al Usuario del S.A.A.

3. León Rubio, J.M; Medina Anzano, J.S. Habilidades de información y comunicación el a atención al usuario, 1ª edición. Sevilla. Secretariado de Recursos Audiovisuales y Nuevas Tecnologías (Universidad de Sevilla)
4. Talavera Pleguezuelos, Clemente. Atención al usuario de la Administración Pública.
5. Ley 19/2013, de 9 de Diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno.
6. Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Capítulo 110

EL CELADOR EN QUIRÓFANO

JOSÉ JOAQUÍN ROMERO SUÁREZ

SUSANA ALVAREZ BLANCO

BEATRIZ FERNANDEZ RUIZ

1 Introducción

El área quirúrgica es la zona del hospital en la que se atiende a los pacientes a los que se indica como mejor opción para su mejoría una intervención quirúrgica, ya sea programada o urgente.

2 Objetivos

Conseguir con el resto de los miembros del equipo quirúrgico cumplir los objetivos comunes a todos, prestando la mejor atención posible al paciente. En su caso, en los traslados así como en su colocación y la colaboración necesaria en cada intervención.

3 Metodología

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

4 Resultados

El área quirúrgica es el entorno laboral del celador, que junto con otros profesionales son necesarios para llevar a cabo la actividad quirúrgica. La unidad quirúrgica tiene varias zonas diferenciadas según el uso al que se destinan.

1. Zona de vestuarios. Masculino y femenino, están en la zona de acceso, ya que es necesario el cambio de vestimenta para acceder al área quirúrgica, donde no se debe entrar con ropa ni calzado de calle ni de otras zonas del hospital. Antes de salir del vestuario se debe poner el gorro. En el vestuario encontramos las taquillas del personal, así como duchas y aseos. Disponen de una puerta de entrada desde el exterior y otra para acceder a la zona limpia.

2. Zona limpia. En ella encontramos:

-La sala de estar del personal

-Despachos

-Almacenes de material. Sueros, medicación, torres de laparoscopia, microscopio, etc.

-Montacargas limpio. Es un pequeño ascensor que comunica con el servicio de esterilización desde donde se envía el instrumental necesario para cada intervención.

-Sala de preanestesia. Son salas que suele haber al lado de los quirófanos, donde se comprueba que el paciente cumple con todos los requisitos para ser intervenido, ayunas, analítica, vía venosa, etc. (no siempre existe en cuyo caso estas comprobaciones se realizan en el antequirófano).

-Sala de recuperación, URPA o reanimación. Donde estarán los pacientes debidamente motorizados el tiempo que el anestesista considere necesario antes de pasar a su planta de hospitalización. En esta sala el ratio de personal de enfermería es superior que en las plantas de hospitalización por lo que se puede realizar una mejor vigilancia, necesaria en las primeras horas tras una intervención con anestesia.

-Pasillo limpio. En él puede haber varios ordenadores que los cirujanos utilizan al finalizar la intervención para registrar en la historia del paciente la intervención realizada así como los datos de interés que considere oportunos.

3. Zona estéril. Formada por:

Antequirófano. Es la sala previa al quirófano, en ella suelen almacenarse algunos materiales de uso común en las intervenciones.

-Sala de lavado quirúrgico. En la que los cirujanos y la instrumentista realizan el lavado quirúrgico previo a la intervención, dispone e de amplios lavabos con dispensadores de jabón y grifería que se accionan con los pies, codo o cabeza,

dispone también de cepillos estériles que actualmente suelen ser desechables, para realizar el correcto lavado prequirúrgico.
-Quirófano. Es la sala principal de la unidad para entrar en se debe colocar la mascarilla bien sujeta y adaptada a la cara por encima de la nariz.
-La normativa establece que tanto el suelo como las paredes deben ser de materiales ignífugos y antideslizantes además de no porosos para evitar que se deposite la suciedad o microorganismos. Las puertas deben ser correderas o de vaivén y mientras se realiza la actividad quirúrgica permanecerán cerradas, por lo que se intentará evitar en lo posible las entradas y salidas del quirófano.
4. Zona sucia. Donde encontramos:
-Material y productos de limpieza.
-Vertedero
-Contenedores adecuados para diferentes tipos de residuos, ropa sucia, basura, residuos biológicos, objetos punzantes, etc.
-Montacargas sucio. En el que se envía al servicio de esterilización el instrumental quirúrgico utilizado en cada intervención.

En un quirófano prestan su servicio personas de distintos estamentos todos ellos necesarios para el desarrollo de la actividad quirúrgica, este equipo quirúrgico lo forman:
-El cirujano. Es el especialista responsable del acto quirúrgico.
-Ayudante de cirujano. Colabora con el cirujano principal facilitándole en todo lo posible la intervención. El número de ayudantes es variable, depende de la intervención siendo lo más frecuente uno o dos.
-Enfermera instrumentista. Es la encargada de suministrar los instrumentos necesarios en cada momento de la intervención tanto al cirujano como a sus ayudantes. Es responsable de controlar que los miembros del equipo realicen una técnica estéril correcta. Los cirujanos y la instrumentista previamente a la intervención realizan el lavado de manos quirúrgico y se visten con bata y guantes estériles, pintan la zona a intervenir, en ocasiones con ayuda del celador, y montan el campo estéril, entendiendo como tal los paños y sábanas estériles que se colocan alrededor de la zona a intervenir para delimitar el campo quirúrgico, solo ellos pueden tener contacto con el campo quirúrgico y la mesa de instrumentista donde se encuentra el material necesario para la intervención a realizar. El resto del personal presente en el quirófano deben mantener una distancia de seguridad tanto con el campo quirúrgico como con la mesa de instrumental para no contaminarlos.
-Anestesista. Es el especialista médico encargado de anestesiar e intubar al paciente y vigilar su estado durante la intervención, procurando que esté lo más

confortable posible suministrándole la analgesia necesaria, controlando sus constantes y resolviendo las posibles incidencias anestésica que se puedan presentar. Al finalizar la intervención, después de despertar al paciente (si no requiere seguir intubado y pasar a UCI) lo acompaña a la sala de reanimación correspondiente.

-Enfermera de anestesia. Atiende al paciente antes de la inducción y el despertar. Colabora con el anestesista durante la inducción y en la realización de las técnicas necesarias en cada caso, catéter epidural, venoso, arterial, sondajes…

-Enfermera circulante. Suministra a la instrumentista todo el material empaquetado estéril que se necesita, tanto al inicio como durante la intervención.

-Auxiliar de enfermería. Se ocupa de la limpieza y puesta en orden del aparataje utilizado en cada intervención, también suministra el material necesario (a través de una pequeña ventana) que no esté dentro del quirófano, y así evitar la apertura de las puertas.

-Celador. El celador es el primer miembro del equipo quirúrgico que entra en contacto con el paciente, es el encargado de su traslado de la unidad de hospitalización al área quirúrgica, en esos momentos el paciente suele estar nervios y bastante sensible, por lo que se le debe dispensar un trato amable y correcto que le haga sentir lo más seguro posible. Dentro de la unidad es el encargado de pasar el paciente al quirófano correspondiente, así como de su correcta colocación que será aprobada por el cirujano. Antes de cada intervención, previa comunicación por parte del personal de enfermería lleva al quirófano el aparataje necesario ya sean: aparatos de Rx o ecografía, torres de laparoscopia, microscopios (oftalmología, ORL…) y una vez terminada la intervención (después de la correspondiente limpieza por parte de la auxiliar de enfermería) llevará de nuevo cada uno a su lugar de almacenamiento, al igual que los accesorios de la mesa. En algunas ocasiones se le requiere al finalizar la intervención para colaborar con el cirujano en la colocación de yesos o vendajes. También se encarga de poner la bala de oxígeno en la cama del paciente si fuera necesaria para su traslado.

-Personal de limpieza. Realizan la limpieza y retiran la basura del quirófano al finalizar cada intervención, según los protocolos establecidos.

Además del personal propiamente del área, a la unidad suelen acudir otros profesionales del hospital que pertenecen a otros servicios, como personal de radiológica (muy frecuente en intervenciones de traumatología o urología) banco de sangre (suministran las unidades a trasfundir necesarias en alguna as intervenciones), endoscopias (aunque habitualmente se realizan otras salas, en ocasiones, por las características del paciente, se tienen que hacer en un quirófano), medicina preventiva, (realiza las tomas ambientales para su posterior análisis y asegurar que los parámetros son adecuados para la realización de las intervenciones,

siendo especialmente sensibles aquellas en las que se colocan implantes (prótesis de cadera o rodilla , material de osteosíntesis en fracturas, mallas de reparación quirúrgica, lentes intraoculares, marcapasos, etc.) y representantes comerciales.

Para el desarrollo de sus funciones, el celador del área quirúrgica, debe conocer el manejo de la mesa del quirófano, así como sus accesorios. La mesa dispone de un mando que nos permite hacer los siguientes movimientos:
-Regulación en altura.
-Inclinación lateral derecha e izquierda.
-Trendelemburg.
-Antitrendelemburg.
-Articulación de la zona de cabeza, lumbar y piernas.

Algunas mesas tienen además la posibilidad de subir una barra en la zona lumbar llamada pillé.

En traumatología se utiliza la mesa ortopédica para la colocación de clavos intramedulares en algunas fracturas de cadera. Según qué intervención se vaya a realizar la colocación del paciente puede ser muy diferente, para conseguir la posición adecuada además de las posiciones de la mesa tenemos sus accesorios (todos ellos almohadillados para evitar presiones no deseadas) que se adaptan a ella y nos permiten una buena sujeción.
-Apoyabrazos. Se colocan en los laterales de la mesa a la altura adecuada para que la posición del brazo sea anatómica y así evitar la presión de algún nervio o una posición forzada del hombro. Dispone de una correa con la que se sujeta el brazo sin apretarlo.
-Cinturón de seguridad. En algunas intervenciones la inclinación dada a la mesa hace necesaria la colocación de estos cinturones para evitar que el paciente se deslice. Se colocan de forma que ejerzan la presión justa, como norma, debe pasar un dedo entre el paciente y el cinturón.
-Arco de anestesia. Es una barra metálica que se coloca en la cabecera de la mesa y sostiene los paños del campo quirúrgico, permitiendo que quede libre la cara del paciente, para su observación por parte del anestesista.
-Mesa de mano. Se coloca igual que el apoyabrazos, en el lateral de la mesa, es aproximadamente el doble de ancha, se utiliza en cirugías de mano o antebrazo. El cirujano y sus ayudantes suelen sentarse alrededor durante la intervención.
-Soportes para hombros. Se utilizan al igual que los cinturones de seguridad para evitar desplazamientos no deseados del paciente, en este caso cuando la mesa se pone en posición Trendelemburg.

-Soportes corporales laterales. Utilizados para mantener la posición requerida en algunas intervenciones. Los hay de diferentes tipos utilizamos los adecuados en cada ocasión ejemplo, mantener al paciente en decúbito lateral para una intervención de prótesis de cadera.
-Perneras. Se utilizan para la posición de litotomía y en algunas intervenciones laparoscópicas. Las piernas deben quedar bien colocadas en la pernera de forma anatómica y bien protegidas en su zona de apoyo.
-Trineo. Es una colchoneta que se eleva en la zona lumbar, sobre la que se coloca al paciente en decúbito prono, utilizada en las intervenciones de columna.
-Sistema de sujeción de rodilla para artroscopia. Consiste en unas abrazaderas que se colocan sobre un soporte a ambos lados de la pierna por encima de la rodilla y sobre el manguito de isquemia en las intervenciones de artroscopia de rodilla. La zona de las piernas de la mesa se baja para que las piernas del paciente queden colgando.

Las posiciones y los accesorios de la mesa nos permiten colocar al paciente en la posición adecuada para su intervención, que puede ser:
-Decúbito supino. Tumbado boca arriba.
-Trendelemburg. Tumbado boca arriba con la mesa inclinada de forma que la cabeza esté más baja que los pies.
-Antitrendelemburg. Tumbado boca arriba con la mesa inclinada de forma que los pies estén más bajos que la cabeza
-Roser. Decúbito supino con los hombros en el borde superior de la mesa el cuello hiperextendido y la cabeza colgando.
-Ginecológica o de litotomía. En decúbito supino, con las piernas en las perneras y el cuerpo en el borde inferior de la mesa, para ello bajaremos la parte de las piernas de la mesa.
-Decúbito prono. Boca abajo. Una vez anestesiado hay que voltear al paciente con sumo cuidado, quien marca los tiempos en este proceso es el anestesista que controla en todo momento el tubo endotraqueal. El personal de enfermería se ocupa de las vías sondas, etc.
-Posición de Kraske. Es una variación del decúbito prono, en la que articulando la mesa ponemos la cabeza y los pies más bajos que el sacro formando un ángulo de mayor o menor grado según indique el cirujano.
-Posición de laminectomía. Es un decúbito prono en el que articulando la mesa se arquea la espalda.
-Posición genupectoral o mahometana. Boca abajo, de rodillas, con el cuerpo inclinado hacia delante hasta tocar la mesa con los brazos flexionados hacia delante, las rodillas un poco separadas y los muslos perpendiculares a la mesa. Para poder

mantener la posición en pacientes anestesiados se pone sobre las piernas para que apoye los muslos un rodillo accesorio de la mesa.
-Decúbito lateral o posición de Sins. Tumbado de lado, para mantener esta posición es necesario el uso de soportes adaptados a la mesa.
-Posición raquídea. Existen dos posibilidades, una en decúbito lateral con las rodillas flexionadas hacia el abdomen y pegando la barbilla al pecho. Otra sentado con las piernas colgando los hombros relajados y la barbilla pegada al pecho. Se utiliza para hacer punciones medulares, ya sea para extracción de líquido cefalorraquídeo o en quirófano para poner anestesia raquídea o epidural, para realizar ésta técnica el celador coloca y sujeta al paciente para mantener la posición.
-Posición de Fowler. Se articula la mesa de forma que el paciente quede sentado en el ángulo de inclinación y altura que determine el cirujano.

5 Discusión-Conclusión

El celador es el encargado de los traslados y colocación de los pacientes, el conocimiento del manejo de la mesa del quirófano y sus accesorios, que utiliza según las necesidades de cada intervención, le permiten realizar su trabajo de forma satisfactoria. El personal que desarrolla su trabajo en la unidad quirúrgica forma un grupo multidisciplinar, todos ellos colaboran para que las intervenciones se realicen con las mayores garantías de seguridad y eficiencia para el paciente.

6 Bibliografía

1. "El celador en quirófano" formación continuada Logos 2013 Magdalena Jordán Valenzuela, Mª del Carmen Esquinas Muñoz y Francisco Cordón Llera. Antonio Pardo Galiano, Inmaculada González Muñoz y Mª del Carmen López Galiano. Natividad del Señor Barrionuevo Pérez. Rosario Bailén Ramírez y Ángel Ramiro Moya.
2. "El quirófano concepto de cirugía, sala de reanimación: actuación del celador en el quirófano". Matilde Casado Siles, Antonia Casado Siles y Rosa Mª Rodríguez Gómez. Editorial Rey Ali Servicios Gráficos y Publicaciones S.L. Jaén 2010.
3. "Actuación del celador en el quirófano". Juan Manuel Gil Ramos. Editorial Mad S.L. Sevilla 2011.
4. Accesorios de la mesa quirúrgica. http: accesorio de la mesa quirúrgica. 2010/11
5. "Actualización el celador de quirófano y sus funciones". Ramona Lozano

Águila, Antonia Torres Martínez y Mª Dolores Arenas Martínez. Ediciones Corintia S.R.L. Almería 2012.

Capítulo 111

LA RELACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA

BEATRIZ FERNANDEZ RUIZ

JOSÉ JOAQUÍN ROMERO SUÁREZ

SUSANA ALVAREZ BLANCO

1 Introducción

Dentro del Equipo de Salud se incluye al celador. Pertenecer al Equipo de Salud va a suponer que el celador va a tener una serie de funciones que conllevan el trato directo con el paciente. Para prestar al paciente una atención correcta y adecuada para su bienestar el celador ha de desarrollar una serie de habilidades sociales.

2 Objetivos

-Prestar una correcta y adecuada atención al paciente y a sus familiares.
-Conseguir que paciente y familiares se encuentren, en la medida de lo posible, lo más cómodos y tranquilos con su situación.
-Obtener el mayor grado de satisfacción en todo lo que tiene que ver con la Institución por parte del paciente y de los familiares.

3 Metodología

Usando como base de datos: Dialnet Plus, Lilacs, Scielo y Cochrane, utilizando las palabras claves paciente, celador y relación, como descriptores, se encontraron 12 artículos de los cuales se seleccionaron 3 en base a los objetivos anteriormente expuestos.

4 Resultados

En muchas ocasiones el celador trata con personas que sufren y por tanto su actuación delante de ellas o de sus familiares debe ser en todo momento humana y delicada. La enfermedad en muchas ocasiones provoca que el paciente y sus familiares se depriman creando situaciones verdaderamente problemáticas. El estado de salud, la ignorancia de cuándo le prestarán cuidados, quién se ocupará de él… son circunstancias que pueden provocar que el paciente y sus familiares estén más susceptibles lo que provoca que a la más mínima desatención caigan en una situación de desánimo.

El paciente agradecerá que se le preste la máxima atención posible, que se le trate con amabilidad y corrección. Saber escucharle y evitar herir sus sentimientos ayudará a que no se produzcan situaciones indeseadas. Es muy importante no hacer manifestaciones de comentarios de superioridad. Hay que tener en cuenta la individualidad del paciente, es decir, al igual que no hay dos personas iguales no podemos predecir las reacciones de un paciente pensando en lo que haríamos nosotros en su situación. La actitud del celador hacia el paciente es de suma importancia e influirá en la impresión que paciente y familiares se lleven de la Institución.

Hay que tener en cuenta tres características fundamentales en el trato con el paciente y sus familiares:
1. La calidez:
-Es una característica humana, personal y subjetiva. Se identifica con una actitud de permisividad hacia el paciente.
-La calidez es una habilidad personal por lo que hay que potenciarla al máximo ya que proporciona resultados muy positivos como la reducción de la ansiedad y la reducción de la tensión.
¿Cómo conseguimos actuar con calidez?
-Evitando juicios de valor de los comentarios hechos por el paciente.
-Escuchando las manifestaciones del paciente.

-Estableciendo un trato personalizado.
-Empleando un tono de voz agradable a lo largo de la conversación.
-Utilizando posturas abiertas durante el dialogo.
-Disminuyendo la distancia a la hora de interactuar no invadiendo nunca su espacio vital.
2. La empatía:
-La empatía es la capacidad de saber ponerse en el lugar de la otra persona, entendiendo sus sentimientos en un momento dado.
-Si somos capaces de entender lo que está sintiendo el paciente nuestra relación con él será mas intensa y satisfactoria.
-Cuando somos empáticos nos acercamos a su realidad lo que nos permite prestarle una atención y un trato más personalizado.
¿Cómo ser empáticos?
-Para ser empáticos hay que observar a la persona: su tono de voz, su postura, la expresión de su cara, etc.
-Es importante escuchar y comprender.
-Pensando en la manera de demostrar al paciente que hemos comprendido lo que siente: hablándole, tocándole, dejándole solo, etc.
-Eligiendo la mejor forma de hacerle saber que comprendemos sus sentimientos.
Los pasos para ser empáticos son:
- Atención activa. Consiste en observar al paciente y escuchar lo que dice tanto de forma verbal como de forma no verbal. Es muy importante el contacto visual, observar la expresión facial y la postura corporal.
-Actividad cognitiva. La atención hacia el paciente ha de estar focalizada en cómo se está sintiendo y ante qué y por qué. Hay que tratar de identificar cuáles son las situaciones que le producen ese estado de ánimo.
-Actividad emotiva. El celador intentará aprender a experimentar las emociones del paciente es decir, qué siente al estar triste, solo, etc.
-Actividad motora. Consiste en repetir lo que el paciente ha manifestado pero en una sola frase y con palabras propias.
3. La congruencia:
-El celador tiene que comprender y aceptar los problemas tal y como se los presenta el paciente.
-Es importante unificar criterios a la hora de actuar y no malinterpretar los conceptos.
-A la hora de transmitir información tanto al paciente como a sus familiares se han de tener en cuenta varias cuestiones:
-Utilizar frases cortas.

-Usar pausas entre contenidos verbales y así comprobar que están asimilando la información que les está facilitando.
-El vocabulario que se emplee ha de ser sencillo y siempre adaptado al nivel del paciente y de su familia.
-Hay que ser claro.
-Emplear una correcta entonación.
-La información ha de transmitirse en toda su totalidad es decir ha de ser completa, así evitaremos malos entendidos.
-Hay que ser amables, de esta forma se potencia la atención del paciente y de su familia y se favorece la expresión de sus dudas.
-La información ha de ser veraz y concisa.

Es función del celador transmitir al paciente y a su familia la información que demanden siempre y cuando se refiera a determinados aspectos como la ubicación de servicios o unidades, horarios, etc. pero nunca sobre datos que tengan que ver con el estado o diagnóstico del paciente. Si en un momento determinado la información solicitada tuviera que ver con el estado o el diagnóstico del paciente, el celador derivará al paciente y a su familia hacia el personal facultativo, que si está autorizado para dar esa información, para que les den las explicaciones pertinentes.

El celador está obligado a guardar silencio acerca de todo lo que conozca y que derive de su profesión incluso de aquella información que crea que no tiene importancia.

5 Discusión-Conclusión

La empatía y la calidez favorecen la manifestación de expresiones auto relevantes por parte del paciente permitiendo que éste libere parte de la tensión interna que puede sufrir reduciendo así su malestar.

En cuanto a los familiares, un trato personal adecuado hará que se sientan mejor y eso repercutirá de forma positiva en el paciente.

El celador potenciará al máximo determinadas cualidades como son:
-La facilidad de palabra.
-La paciencia.
-La extroversión.
-La amabilidad.

-La comprensión.

Tratando al paciente de forma correcta se consigue:
-Proporcionarle tranquilidad, confianza y seguridad.
-Disminuir la sensación de desamparo que pueda sufrir.
-Que se distraiga y que esté menos pendiente de sus preocupaciones.

El celador no facilitará nunca información que se refiera al diagnóstico o al estado del paciente, se limitará a dar información sobre ubicaciones de servicios y horarios de la Institución.

6 Bibliografía

1. Curso: "Comunicación, trato al usuario e imagen del hospital". Hospital General de Especialidades "Ciudad de Jaén", 9-18 de diciembre de 1997 Jaén.
2. Habilidades de comunicación interpersonal en las Unidades de Atención al Usuario del S.A.S.
3. León Rubio, J.M; Medina Anzano, J.S. Habilidades de información y comunicación en la atención al usuario, 1ª edición. Sevilla. Secretariado de Recursos Audiovisuales y Nuevas Tecnologías (Universidad de Sevilla), 1997.
4. Talavera Pleguezuelos, Clemente. Atención al usuario de la Administración Pública.

Capítulo 112

EL CELADOR EN EL TRASLADO DE DOCUMENTOS

MARÍA LUISA RUBIO GARRE

1 Introducción

La Orden Ministerial de 5 de julio de 1971 del El Estatuto de Personal No Sanitario, en su artículo 14.2 donde se recogen las funciones de los celadores, establece que este "tramitará o conducirá sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que le sean confiados por sus superiores, así como habrán de trasladar, en su caso, de unos servicios a otros, los aparatos o mobiliario que se requiera" (O.M. de 5 de julio de 1971).

Por otra parte el artículo 75 del Estatuto de Personal Sanitario No Facultativo establece en su apartado 12 que las Auxiliares de Enfermería "trasladarán, para su cumplimiento por los Celadores, las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia y objetos que les sean confiados por sus superiores", (O.M. de 26 de abril de 1973)en donde vemos como a nivel estatutario las auxiliares de enfermería por delegación de médicos, supervisoras o enfermeras, pueden comunicar, a los celadores, la realización de los cometidos que le sean encomendados según ser recoge en el párrafo anterior.

2 Objetivos

-Analizar y dar a conocer las normas de actuación de los celadores durante el cumplimiento de una de sus funciones principales: el traslado de documentos y objetos.

-Reseñar los diferentes tipos de documentos, así como definir la función de los celadores durante la tramitación de comunicaciones verbales.

3 Metodología

Para la elaboración de la presente revisión sistemática, se ha llevado a cabo una investigación bibliográfica, sobre determinada literatura legislativa, y se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, consultándose también diversos artículos en las principales bases de datos: Pubmed, y Scielo, seleccionando los artículos adecuados con el tema a desarrollar de la mayoría de las publicaciones revisadas. Los descriptores usados fueron: funciones del celador, tramitación de comunicaciones verbales, traslado de documentos y se introdujeron esos mismos descriptores en inglés para la obtención de datos internacionales.

Se revisaron un total de 25 artículos descartándose 6 de ellos por no contener información directamente relacionada con el tema a tratar en esta revisión. El periodo de años utilizados de búsqueda ha sido desde 1971 hasta el año 2019. La elección de un periodo extenso, se debe al objetivo de utilizar datos actuales, sin desaprovechar la posibilidad de realizar un estudio amplio de la materia.

4 Resultados

Hemos de tener en cuenta que el celador es personal no sanitario y aunque sus funciones están relacionadas de alguna manera con las sanitarias, en ningún caso ejercerá labores sanitarias, ni informará sobre los diagnósticos, ni los pronósticos, no los tratamientos de los pacientes, aunque tenga conocimiento de ellos. (Ley 4, de 14 de noviembre de 2002).

Por eso, el artículo 14.2.22 del estatuto establece que los celadores "se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el médico encargado del enfermo". (O.M. de 5 de julio de 1971).

El Estatuto Marco, en su artículo 19 nos dice que hay que mantener la debida reserva y confidencialidad de la información y documentación relativa a los centros sanitario y a los usuarios que se haya obtenido, o a la que se tenga acceso, en el ejercicio de sus funciones. (Ley 55, de 16 de diciembre de 2003).

En el artículo 72 del propio Estatuto Marco califica como falta muy grave el quebranto de la debida reserva respecto a datos relativos al centro o institución o la intimidad personal de los usuarios y a la información relacionada con su proceso y estancia en las instituciones o centros sanitarios.

Sobre su cometido en cuanto al traslado de documentos es necesario tener conocimiento de cuáles son los trasportados habitualmente por los celadores:
-Historias clínicas (desde el archivo a las unidades del hospital, entre consultas, a servicios diagnósticos, plantas de hospitalización, etc.).
-Hojas de interconsulta.
-Pedidos a los distintos almacenes (almacén general, almacén de material fungible, de farmacia, etc.).
- Partes de mantenimiento.
-Peticiones y resultados de analíticas a los diferentes laboratorios (microbiología, inmunología, anatomía patológica, hematología, banco de sangre, bioquímica, etc.).
- Peticiones y resultados de pruebas diagnósticas (radiografías, ecografías, gammagrafías, endoscopias digestivas, electroencefalogramas, pruebas de esfuerzo, espirometrías, etc.).
-Peticiones de ambulancias, de pruebas complementarias en otros centros, de citas, de medicamentos a farmacia.
-Partes de quirófano. Informes médicos. Órdenes de ingreso y traslado de pacientes.
-Reparto de correspondencia dentro del centro o traslado de portafirmas, hasta o desde, las Direcciones o Jefaturas correspondientes

5 Discusión-Conclusión

Se observa que el traslado las comunicaciones verbales ha perdido, en parte, la importancia del pasado debido al desarrollo de la técnica (historia clínica electrónica, mail, faxes, buscapersonas, o telefonía móvil, entre otras). No obstante, es una función propia que el celador desarrolla habitualmente tanto en el ámbito de la Atención Primaria como en el de la Especializada. Los celadores, como todas aquellas personas que realizan su trabajo en contacto con los usuarios, establecen una comunicación verbal con éstos.

Y deben tener presente en todo momento la vinculación que su categoría tiene con el secreto profesional y por ello, su obligación permanente de silencia que contrae cualquier profesional sanitario respecto a todo lo sabido o intuido sobre

una o más personas en el transcurso de su relación profesional, incluso cuando ésta o éstas hayan fallecido (Ley Orgánica 3, de 5 de diciembre de 2018).

Por ello, muchas son las normas legales donde se recogen el deber de sigilo y secreto profesional, entre las que se podrían mencionar la Ley de Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Ley 41/2002 de 14 de noviembre, la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública o la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, que regula la Protección de Datos de Personales y garantía de los derechos digitales, sin menospreciar lo recogido en la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

6 Bibliografía

1. Orden de 5 de julio de 1971 del Estatuto de Personal No Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
2. Orden de 26 de abril de 1973 del Estatuto de Personal Sanitario No Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
3. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.
4. Ley de Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Ley 41/2002 de 14 de noviembre.
5. Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública.
6. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, que regula la Protección de Datos de Personales y garantía de los derechos digitales.
7. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Capítulo 113

PAPEL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

COVADONGA SAN ROMÁN FERNÁNDEZ

AMOR ROCES MARTÍNEZ

1 Introducción

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC) es un servicio no asistencial que se encarga de facilitar el acceso del usuario a la asistencia sanitaria especializada en régimen ambulatorio o de hospitalización, además de gestionar la historia clínica. El Servicio de Admisión tiene un carácter multidisciplinar.

Las funciones de admisión de hospitalización, urgencias y pacientes ambulatorios, conforman el área de gestión de pacientes. Las funciones de archivo de la historia clínica y documentación constituyen el área de gestión de la documentación clínica. Como resultado de ambas áreas y producto de ambas gestiones (pacientes y documentación) se configura el Sistema de Información Asistencial.
El auxiliar administrativo es el personal encargado de gestionar la admisión de los pacientes en los diferentes centros sanitarios, así como el encargado de manejar la documentación clínica de los mismos.

El servicio de Admisión y Documentación Clínica es la unidad encargada de articular en el ámbito de la Atención Primaria y Especializada del área de salud, la

ordenación, coordinación y priorización de las actividades que se producen entorno a la asistencia médica con el fin de mantener la eficiencia en la utilización de recursos y la cohesión de la organización frente al paciente y su proceso asistencial, garantizando así el acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad efectiva.

Además, es necesario disponer de sistemas de información homogéneos, fiables y suficientes, que posibiliten los procesos de gestión, la elaboración de indicadores de rendimiento y utilización y los controles de demanda asistencial, garantizando la protección de los datos y el derecho a la intimidad de los pacientes.

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica constituye esta estructura de apoyo en el hospital, basada en el concepto de gestión de pacientes como área responsable de coordinar el flujo de los mismos por los distintos servicios que la Gerencia de Atención Integrada ofrece, así como tramitar su documentación clínica, y la información asistencial generada.

Para la organización del servicio resulta imprescindible disponer de una serie de instrumentos y requisitos básicos de infraestructura y organización:
-Formación continuada del personal auxiliar administrativo.
-Definición y creación de ficheros y registros de acuerdo a la información que se desea manejar.
-Establecimiento de los circuitos internos de comunicación y control de los procesos.
-Desarrollo de un software básico de apoyo a la actividad interna del servicio, abierto y modificable en el tiempo para su adaptación a las necesidades de cada momento.

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica, puede y debe ser evaluado en función de los productos que obtiene y más en concreto en función de su capacidad y rendimiento. La evaluación continua a través de indicadores de actividad y de calidad, que involucran también a los servicios clínicos, favorece un clima de gestión compartida entre el Servicio de Admisión y Documentación Clínica y las unidades asistenciales.

2 Objetivos

Establecer las diferentes funciones que el auxiliar administrativo tiene que desarrollar para llevar a cabo un correcto trabajo dentro del Servicio de Admisión y

Documentación Clínica.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este capítulo se han obtenido tras una búsqueda bibliográfica de artículos relacionados en diferentes bases de datos como Scielo, Medline, PubMed y Google, introduciendo los términos de búsqueda relacionados con el tema a tratar. También se han consultado guías clínicas relacionadas con la materia a estudio. Finalmente, se han seleccionado los artículos que más se ajustaban a la información y descriptores establecidos.

4 Resultados

Funciones generales:
1. Organizar los circuitos administrativos de los procesos asistenciales.
2. Apoyo a la actividad asistencial para conseguir una mayor eficacia de los procesos.
3. Facilitar información y acceso a la asistencia.
4. Gestión y adecuación de la oferta y la demanda.
5. Desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información asistencial.

El SADC contempla:
-Admisión de hospitalización.
-Admisión de urgencias.
-Admisión de asistencia ambulatoria (CCEE, gabinetes, hospitales de día, etc.) de atención especializada.
-Archivo de historias clínicas.
-Documentación.

Las funciones de admisión de hospitalización, urgencias y pacientes ambulatorios, integran el área de gestión de pacientes. Las funciones de archivo de historia clínica y documentación constituyen el Área de Gestión de la Documentación Clínica. Como resultado de ambas áreas y producto de ambas gestiones (pacientes y documentación) se configura el Sistema de Información Asistencial.

1. Gestión de usuarios.
El auxiliar administrativo de la salud como parte del Servicio de Admisión y Documentación Clínica tiene que integrar los contactos y movimientos asistenciales de todos los pacientes en el hospital y en su área de atención especializada. Sus

funciones están orientadas hacia la coordinación de acciones y recursos alrededor de la asistencia al usuario, teniendo una función moduladora y facilitadora de las tareas asistenciales de los servicios clínicos. En las diferentes áreas básicas de atención (hospitalización, urgencias y atención ambulatoria), deberá desarrollar funciones y tareas encaminadas a:

-Gestión operativa de los procesos administrativos de acceso y circulación asistencial de pacientes, con el fin de facilitar y garantizar una sencilla y ágil accesibilidad.

-La demanda de asistencia especializada en régimen ambulatorio, incluyendo consultas externas, exploraciones y unidades especiales (hospital de día, cirugía ambulatoria, etc.).

-La demanda de hospitalización: solicitud de ingreso, programación de ingresos, control y autorización de traslados y altas, gestión de camas.

-La demanda quirúrgica: registro, mantenimiento y comunicación de pacientes en espera de intervención, coordinación de la programación quirúrgica y registro de las intervenciones.

-El registro de los pacientes atendidos en Urgencias.

-Gestión y coordinación con otras instituciones sanitarias para la tramitación y autorización de traslados de/a otros centros y el correspondiente transporte sanitario.

-Establecimiento de vías de comunicación y coordinación necesarias con atención primaria.

-Organización y evaluación del proceso asistencial, manteniendo la cohesión de la organización sanitaria ante el paciente y favoreciendo una adecuada y eficiente utilización de los recursos.

2. Gestión de la información asistencial.

-Coordinación con los diferentes servicios y/o unidades del hospital para la recogida de los datos necesarios para una mejor planificación y gestión del centro, elaborando los informes necesarios.

-Colaboración con el área de gestión del hospital en la recogida de datos para la facturación.

-Clasificación, integración y coordinación de toda la información clínica y asistencial generada.

-Desarrollo de sistemas de recuperación de la información clínica para usos asistenciales, docentes, de investigación, etc.

3. Gestión de la documentación clínica.

Es el servicio de Admisión y Documentación Clínica el responsable de organizar toda la información clínica en una historia clínica única del paciente, facilitando

su utilización por los distintos usuarios definidos por el centro. La responsabilidad del auxiliar administrativo en el área de documentación clínica es gestionar toda la información clínica generada por un paciente, independientemente del centro sanitario en el que sea atendido. Las tareas que debe desempeñar el auxiliar administrativo de sanidad van dirigidas a organizar toda la documentación en una historia clínica única del paciente, custodiar, conservar y administrar la documentación que se va generando a lo largo de los sucesivos procesos asistenciales y, a través de procesos de análisis documental, recuperar selectivamente y difundir la información clínica demandada por los distintos usuarios. Funciones del auxiliar administrativo:

-Gestión y organización del archivo de documentación e historias clínicas, asegurando que su configuración y uso se ajuste a las previsiones contenidas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
-Establecer la normativa sobre localización, préstamo y devolución de historias clínicas, estableciendo mecanismos que aseguren su disponibilidad y que velen por su confidencialidad.
-Normalización de la documentación clínica del centro para su correcta homogeneización en colaboración con la Comisión de Historias clínicas.
-Codificación clínica: elaboración del índice, codificación, análisis y difusión de la información extraída de las historias clínicas, elaboración del conjunto mínimo básico de datos y sistemas de clasificación de pacientes y desarrollo de medidas que garanticen su fiabilidad.
-Identificación de la historia clínica.
-Diseño y mantenimiento actualizado del formato de la historia clínica.
-Garantizar la accesibilidad de la historia.

Unidades:

El servicio de Admisión del Hospital General Mateu Orfila está formado por las siguientes unidades administrativas:

1. Atención ambulatoria:

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica regula y programa el acceso a la atención sanitaria ambulatoria en el hospital y centros de especialidades dependientes de él. Incluye la gestión de pacientes en consultas externas, hospital de día y los procedimientos diagnóstico- terapéuticos que requieran programación previa. Funciones del auxiliar administrativo:

-Programación y gestión de agendas.
-Gestión operativa de la solicitud de cita.
-Difusión de la actividad programada.
-Registro de la actividad.

-Coordinación organizativa del proceso asistencial.

2. Admisión de hospitalización:

Es la unidad que se encarga de la gestión de los ingresos, traslados y altas, y de dar soporte administrativo necesario que surja durante el episodio de hospitalización del paciente. Funciones del auxiliar administrativo:

-Gestión de los ingresos.
-Gestión de camas.
-Gestión de las terapias respiratorias domiciliarias.
-Gestión del circuito y del préstamo de Material Ortopédico.
-Gestión de las hojas de Prótesis.
-Registro del episodio de hospitalización.
-Coordinación organizativa del proceso asistencial.

3. Admisión de urgencias:

Es la unidad que se encarga de la gestión administrativa en la demanda de atención asistencial en el Servicio de Urgencias hospitalarias. Funciones del auxiliar administrativo:

-Coordinación organizativa: primer punto para dar y recibir información en la atención a los usuarios del Servicio de Urgencias.
-Gestión de los ingresos urgentes.
-Gestión de los partes judiciales.

4. Traslados:

Es la unidad que se encarga de la gestión de las propuestas de traslado de los pacientes a otros Centros Sanitarios, ya sea interislas o a la península. El auxiliar administrativo como parte del Servicio de Admisión y Documentación Clínica debe coordinar las solicitudes de asistencia urgente y programada entre centros y debe valorar la adecuación de las mismas a las normas de derivación y a los procedimientos vigentes en cada momento, facilitando el soporte organizativo e informativo necesario que permita mantener la cohesión de la organización sanitaria ante el paciente. Funciones del auxiliar administrativo:

-Gestión de la solicitud de cita médica para consultas externas a otros Centros Sanitarios fuera del área de salud
-Recepcionar y registrar las solicitudes de asistencia dirigidas al propio centro o desde este a otros centros.
-Gestionar las solicitudes de asistencia dirigidas al propio centro o a otros centros en función de criterios y prioridades establecidas por el hospital.
-Establecer las vías de comunicación y coordinación con otros centros y niveles asistenciales para la gestión de aquellos casos que precisen una asistencia urgente en otro centro o una continuidad en su atención.

-En el proceso de derivación de pacientes quirúrgicos a otros centros, asumir, de forma general, las siguientes tareas: seleccionar coordinadamente con los servicios quirúrgicos, los pacientes para derivación, de acuerdo a los procedimientos establecidos. Realizar el aviso y localización del paciente para la propuesta de derivación.
-Tramitar las solicitudes de asistencia, así como la documentación clínica necesaria, garantizando la confidencialidad de la misma.
-Programar la asistencia, confirmar y difundir la fecha y el procedimiento de la asistencia prestada.
-Mantener actualizado cada expediente abierto, registrando las posibles incidencias que pudieran surgir.
-Mantener en todo momento la unidad de contacto con el paciente.
-Realización de bonos de viaje para traslados.
-Tramitación de reintegros de gastos por traslados.

5. Programación quirúrgica:

Es la unidad que se encarga de la programación quirúrgica y de centralizar y mantener actualizado el registro de pacientes pendientes de intervención quirúrgica no urgente, además de facilitar el soporte organizativo e informativo a los servicios, con el fin de agilizar el proceso asistencial del paciente y favorecer una utilización adecuada y eficiente de los recursos del área quirúrgica. Funciones del auxiliar administrativo:
-Gestión operativa semanal de las intervenciones programadas de los servicios quirúrgicos.
-Planificación semanal y mensual de los quirófanos asignados.
-Derivación, si es precisa, de las cirugías a otros centros sanitarios.
-Gestión y seguimiento de los pacientes en la lista de espera quirúrgica.
-Tramitación administrativa de todos los puntos contemplados en la Ley de Garantía de Demora.
-Dar información a los pacientes sobre su situación en la lista de espera.

6. Sistemas de información:

Es la unidad que se encarga de la recogida y explotación de los datos estadísticos que se generan en el Hospital
Funciones del auxiliar administrativo:
-Realizar informes de la actividad mensual del Hospital general y por servicios.
-Realizar informes de datos solicitados por el IB-SALUT.
-Realizar estadísticas puntuales a petición de los servicios.

7. Agendas y citaciones:

Es la unidad que regula y programa el acceso a la atención especializada de forma ambulatoria, incluye la gestión de los pacientes en consultas externas, así como determinados procedimientos diagnósticos y terapéuticos de carácter ambulatorio. Funciones del auxiliar administrativo:

-Apertura administrativa de las agendas.

-Gestión administrativa de las citas médicas de los pacientes para la atención ambulatoria.

8. Codificación:

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica es el responsable de obtener y difundir a los usuarios internos y externos la información normalizada de los datos clínicos que se deriven de la asistencia del paciente, en relación con el conocimiento de la patología atendida y procedimientos realizados. Funciones del auxiliar administrativo:

-Codificación de todos los diagnósticos y procedimientos del episodio asistencial de hospitalización

-Codificación de las solicitudes de inclusión en lista de espera quirúrgica

-Codificación de las altas hospitalarias

-Codificación de las altas de urgencias

-Gestión de la validación de datos codificados

-Explotación de datos solicitados en base a la codificación

9. Documentación clínica:

Es la unidad que se encarga de gestionar la Historia Clínica.

El auxiliar administrativo de la salud el responsable de la conservación y custodia de las historias clínicas que se elaboran en el hospital. Este servicio es el que autoriza y ejecuta los movimientos y préstamos de la documentación clínica y mantiene actualizada su localización, asegurando la disponibilidad y velando por su confidencialidad. Funciones del auxiliar administrativo:

-Custodiar las historias clínicas.

-Prestar y recepcionar las historias clínicas.

-Seguimiento de la documentación prestada.

-Mantenimiento del contenido de la historia clínica.

-Accesibilidad de la Historia clínica para el usuario.

10. Secretarías:

A. Secretarias de planta: realizan las tareas administrativas relacionadas con los pacientes ingresados. Funciones del auxiliar administrativo:

-Informes de alta de pacientes ingresados y cualquier otro informe que se precise.

-Justificantes a familiares de pacientes.

-Gestión administrativa relacionada con la programación quirúrgica.

5 Discusión-Conclusión

Se hace necesario la creación de una guía que contribuya a la normalización de las funciones que el auxiliar administrativo de la sanidad debe desempeñar dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica, promoviendo nuevas líneas de actuación en el campo profesional de la admisión y la documentación clínica. La información generada en dicha guía proporcionará las bases para la formación y la distribución de los recursos humanos de forma óptima.

Su aplicación contribuirá a la unificación y normalización de los contenidos de la actuación profesional. En una época en la que los usos y costumbres sociales, debido a las nuevas tecnologías, impulsan una evolución de consecuencias imprevisibles, el recuerdo de lo que es una buena metodología y cómo debe transmitirse la misma, es un ejemplo a seguir por cualquier profesional que pretenda ser riguroso en su trabajo.

6 Bibliografía

1. Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo e Instituto Nacional de la Salud, 1989.
2. López Domínguez O. Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Olalla Ediciones SL, 1997.
3. Cosialls i Pueyo D. Admisiones hospitalarias. Barcelona: Mosby/Doyma Libros S.A.., 1995.
4. López O et al Admisión y Documentación Clínica: una propuesta de futuro. Todo Hospital 1996: 128: 7-16.
5. Club de Gestión de Pacientes. Guía de Gestión. Proyecto Signo. Madrid: Subdirección General de Atención Especializada del INSALUD, 1995.
6. Catálogo de funciones del SADC. Borrador de trabajo de las VIII Jornadas Nacionales de Documentación Clínica. Huesca: 21 y 22 de mayo de 1998.
7. Elvira Martínez C. Definición de los productos de los SADC.Papeles Médicos 1998; 7(2):4-8.
8. Información y documentación clínica. Documento final del grupo de expertos. Noviembre 1997. Madrid: Consejo General del Poder Judicial y Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo 1998.
9. Información y Documentación Clínica. Volumen I y II. Madrid. Consejo General del Poder Judicial y Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.

Capítulo 114

PERSONAL DE LAVANDERÍA: CÓMO MEJORAR LA PERCEPCIÓN DEL ENTORNO HOSPITALARIO DESDE EL SERVICIO DE LAVANDERÍA

SERGIO MARTÍNEZ CUESTA

JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA

ANA BELÉN CUESTA RODRÍGUEZ

1 Introducción

En el ambiente hospitalario, el enfermo se encuentra en un entorno que percibe como hostil, en el que sus decisiones se ven condicionadas por las prescripciones del equipo médico y su intimidad se ve perturbada. Podemos mejorar su experiencia de usuario de muchas maneras pero, específicamente desde la lavandería, podemos hacer muchas cosas para que su estancia en un centro sanitario sea más llevadera y así mejore su percepción del entorno.

2 Objetivos

Enumeraremos unas técnicas destinadas a mejorar el confort del usuario, así como una serie de normativas y trabajos encaminados a garantizar la mejor estancia posible.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda exhaustiva de material relacionado con las sensaciones del paciente hospitalizado y su percepción de la ropa, sábanas e incluso uniformidad del personal y cómo todo esto le afecta. Se utiliza el buscador académico de Google, buscadores sanitarios como Scielo y temarios de oposiciones de lavandero/a y planchador/a.

4 Resultados

La primera medida a tomar en relación al confort del paciente es la higiene: la ropa no puede tener restos bacteriológicos. Evitar a toda costa que el paciente pueda contraer o empeorar su enfermedad debe ser el primer objetivo. El material del que están fabricados los textiles es importantísimo.

El algodón, por sus propiedades, es uno de los más utilizados para la ropa del paciente hospitalizado. El algodón es transpirable, permite la libre circulación del aire y absorbe la humedad. Ésto facilita que no se formen hongos. Es hipoalergénico, dermatológicamente testado. Reduce considerablemente los picores , por lo que se utiliza mucho en ropa que vaya a estar en contacto directamente con el cuerpo y es suave, por lo que el paciente que ha de pasar muchas horas en contacto con ello, percibe una sensación de bienestar. El algodón, en una proporción aproximada del 100 por cien se utiliza en sábanas, fundas, śabanas cuna, entremetidas, colchas. En una proporción del 80 por ciento en mantas cama y nido, toallas. En combinación con tejido sintético en camisones, pijamas, batas de paciente y uniformes de trabajadores.

La ropa debe de ser exhaustivamente cribada para evitar que llegue con manchas que empobrezcan la imagen que pueda llevar el paciente del servicio de lavandería, sin roturas y tras un cuidadoso almacenamiento sin polvo que pueda ser portador de ácaros o elementos que puedan empeorar las alergias de los pacientes. Ha de estar perfectamente planchada, en especial la ropa de cama, para aumentar la sensación de confort. Cabe indicar que la ropa del personal sanitario ha de transmitir al paciente una sensación de limpieza y orden a fin de tranquilizarle. Estamos intentando desde todos los medios a nuestra disposición transmitirle un mensaje de profesionalidad y confianza.

5 Discusión-Conclusión

Desde la lavandería podemos influir en la percepción del centro hospitalario que recibe el paciente, así como mejorar definitivamente su experiencia y ayudar a su recuperación.

6 Bibliografía

1. Personal de lavado y planchado del SAS funciones, procedimientos y contenidos. pp.https://www.sspa.juntadeandalucia.es
2 . Vargas Ramírez, J., Gordo Moral, R. and Martínez Guijarro, B., 2008. Lavandería Y Planchado De Los Servicios De Salud. Madrid: Adams.
3. Pliego De Prescripciones Técnicas Para La Contratación Del Servicio Integral De Lavandería Y Lenciería Del Hospital Universitario Fundación Alcorcón. pp.http://www.madrid.org/contratos-publicos/1354700581235/1350930820359/1354700587692.pdf.

Capítulo 115

RIESGOS BIOLÓGICOS

MARÍA DEL CARMEN RIOPEDRE PÉREZ

LAURA SAIZ GONZALEZ

1 Introducción

Debemos empezar definiendo el concepto de riesgo biológico, se define el Riesgo Biológico como la posible exposición a microorganismos que puedan dar lugar a enfermedades, motivada por la actividad laboral. Su transmisión puede ser por vía respiratoria, digestiva, sanguínea, piel o mucosas. Todas las profesiones en las que exista la posibilidad de entrar en contacto con sangre o fluidos corporales contaminados y sobre todo de sufrir inoculaciones y cortes al manipular objetos cortantes y punzantes o exposiciones de piel y mucosas, serán consideradas profesiones con riesgo biológico.

Dentro de la asistencia sanitaria, todo el personal sanitario que presta asistencia a los enfermos-médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores y técnicos sanitarios, todo el personal de laboratorio que procesa las muestras que potencialmente pueden estar contaminadas, el personal de limpieza que manipula el material de desecho contaminado y el personal de mantenimiento durante las intervenciones en instalaciones que potencialmente puedan estar contaminadas, están incluidos dentro de las profesiones que sufren el riesgo biológico.

La presencia innegable de estos agentes biológicos, que van a provocar el riesgo biológico, nos obliga a que desarrollemos un esfuerzo importante, conducente a utilizar todas las medidas que estén a nuestro alcance, dentro del hospital, para minimizar los efectos de este riesgo. Es a este conjunto de medidas de protección frente a los agentes biológicos a lo que se le denomina bioseguridad hospitalaria.

Por tanto, la bioseguridad es la aplicación de conocimientos, técnicas y equipamientos para prevenir a personas, laboratorios, áreas hospitalarias y medio ambiente de la exposición a agentes potencialmente infecciosos o considerados de riesgo biológico. La bioseguridad hospitalaria, consiste en conseguir, a través de medidas científicas organizativas, el poder manejar los agentes infecciosos de tal manera que se confine el riesgo biológico y se reduzca la exposición, tanto directa como potencial, del personal sanitario a los agentes biológicos. Al mismo tiempo, se debe tener en cuenta que no sólo se debe reducir la exposición del personal sanitario, sino que además nos debe ayudar a minimizar su dispersión en el ambiente, de tal forma que se reduzca la exposición indirecta de otros pacientes. Debe entenderse que abarca de forma holística a todas las conductas, conocimientos, hábitos y sentimientos que deben incorporarse a la práctica asistencial del personal que trabaja en los hospitales. Los agentes biológicos se clasifican:

-Grupo I (riesgo individual y poblacional escaso o nulo): son agentes con escasa probabilidad de causar una enfermedad en las personas.

-Grupo II (riesgo individual moderado y poblacional bajo): son agentes que pueden causar una enfermedad en el ser humano y pueden suponer un peligro para quienes trabajan cuando entran en contacto con él, siendo poco probable que se propaguen a la colectividad y existiendo generalmente profilaxis o tratamiento eficaz.

-Grupo III (riesgo individual elevado y poblacional bajo): son agentes que pueden causar una enfermedad grave en las personas y presentan un serio peligro para quienes trabajan con él, pero que al mismo tiempo presentan un riesgo bajo de propagación a la colectividad y existiendo generalmente una profilaxis o tratamiento eficaz.

-Grupo IV (riesgo individual y poblacional elevado): son agentes que causan una enfermedad grave en el ser humano y suponen un serio peligro para quienes trabajan con él, y al mismo tiempo presentan muchas probabilidades de que se propaguen a la colectividad, añadiendo a todo esto que no existe, generalmente, una profilaxis o un tratamiento eficaz.

El riesgo mínimo es el 1 y 4 es el riesgo extremo. Sirva de ejemplo el siguiente resumen:

-Nivel 1: bacterias del tipo Bacillus Subtilis, la hepatitis canina, E. coli, varicela, algunos cultivos de célula y bacterias no infecciosas, etc.

-Nivel 2: hepatitis B y C, Gripe, enfermedad de Lyme, salmoneras, etc.

-Nivel 3: carbunco, paperas, viruela, tuberculosis, tifus, dengue, SRAS, etc.

-Nivel 4: fiebres hemorrágicas, etc.

2 Objetivos

-Recordar el concepto de riesgo biológico.
-Conocer la clasificación de los agentes biológicos.
-Identificar los niveles de riegos biológicos.
-Distinguir las medidas de prevención y protección.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica a través de diferentes publicaciones y de las bases de datos Dialnet, Evidentia, Cochrane Plus, Pubmed y Medline, utilizando como descriptores las siguientes palabras clave: protección, individual, colectiva, riesgos, biológico y prevención.

4 Resultados

La protección de los trabajadores frente a los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos es un imperativo para garantizar la seguridad y la salud de los mismos. En aquellos casos en que no es posible la adopción de medidas de protección colectivas, es cuando debe recurrirse a los equipos de protección individual (EPI). La exposición a agentes biológicos que pueden provocar:
-Una infección (colonización y multiplicación de un agente biológico en un organismo vivo que pueden causar una enfermedad, denominada infestación cuando está provocada por endoparásitos).
-Una alergia (reacción del sistema inmunitario inducida por ciertas sustancias, alérgenos o sensibilizantes).
-Toxicidad (efecto relacionado con ciertos microrganismos o con la presencia de una o varias toxinas producidas por algunos agentes biológicos que puede ser a su vez exotoxinas, moléculas bioactivas producidas y liberadas por bacterias durante su crecimiento o durante la lisis bacteriana, endotoxinas, componentes de la pared celular que pueden pasar al ambiente durante la división celular o la muerte de las bacterias, micotoxinas, metabolitos secundarios producidos por algunos hongos en determinadas condiciones de humedad y temperatura u otras sustancias con efectos tóxicos, como son los peptidoglicanos, componentes de la pared celular de las bacterias, los β-D-glucanos, componentes de la pared celular de hongos y bacterias, y el ergosterol, componente de la pared celular de los hongos).

En el caso de sustancias producidas por los agentes biológicos, únicamente tendrán la consideración de agentes biológicos, cuando los microorganismos que las originan también estén presentes y su propagación o reproducción sea posible. Asimismo, quedan excluidos de la definición de agente biológico los ectoparásitos (ácaros, piojos, etc.), los insectos, los organismos superiores (animales o plantas) y los productos, estructuras o restos procedentes de los mismos (pólenes, polvo de madera, proteínas contenidas en la orina o la saliva, etc.).

Todos estos conceptos que vamos a señalar a continuación, al igual que la clasificación de los agentes biológicos en niveles de riesgo, nos van a servir para orientar las distintas medidas de prevención y protección que tenemos que desarrollar para que los agentes biológicos no puedan llegar a penetrar en el organismo y con ello llegar a producir un daño en la salud de los trabajadores.

-Cadena de infección: es la secuencia de pasos en la que se produce la transmisión de un agente biológico (proliferación, liberación y transmisión). Es muy importante su conocimiento puesto que nos permitirá seleccionar las medidas preventivas adecuadas con el fin de impedir el contacto del agente biológico con los trabajadores.

-Reservorio: es el medio físico (suelo, agua, objetos, otros seres vivos, etc.) donde un agente biológico encuentra las condiciones adecuadas para su desarrollo. Constituye el foco de contaminación.

-Exposición del trabajador al agente biológico: viene caracterizada por la dispersión del agente biológico, es decir, las posibles formas o soportes en los que el agente biológico puede pasar del reservorio al ambiente. La exposición puede ser accidental (pinchazo, salpicadura, etc.) o silente, puesto que el agente biológico esté en el ambiente de manera que pase desapercibida para el trabajador.

-Mecanismo de transmisión: es el mecanismo por el que el agente biológico resulta infeccioso. Los mecanismos de transmisión pueden ser (se transmite directamente de una fuente de infección a una persona sana) o indirectos(necesita algo que vincule la persona sana con la portadora de la infección). Dentro de los indirectos están los fómites (objetos inanimados que pueden transmitir una enfermedad) o vectores (seres vivos que recogen al agente infectante y que lo transmiten de manera pasiva, se limitan a llevar los agentes biológicos de un lugar a otro, o de manera activa, pasa por su interior reproduciéndose o no el agente biológico). Cabe considerar un mecanismo de transmisión aéreo puesto que existen agentes biológicos que se transmiten por las gotas de Pflugge o los núcleos goticulares de Wells. Aunque se trata de un contacto directo, por la especial importancia que reviste debemos tener en cuenta siempre la posibilidad de un mecanismo de transmisión vertical, es decir, la transmisión de una infección

de la madre al hijo, antes del nacimiento (congénita), durante el parto (perinatal) o después del parto (neonatal). Por último, debemos considerar las zoonosis que son las enfermedades que transmiten de manera natural los animales vertebrados al hombre.

-Vía o puerta de entrada de entrada al organismo: son las distintas formas o vías por los que los agentes biológicos van a entrar dentro de las personas para poder proliferar y provocar las distintas enfermedades. Por tanto, las distintas vías de entrada son: la aérea o inhalatoria (Inhalación de aerosoles que contengan los agentes biológicos), dérmica (la penetración de agentes biológicos a través de una piel sana es muy poco probable, aunque la probabilidad aumenta cuando la piel presenta lesiones, aunque sean superficiales o en pieles mal conservadas o poco hidratadas, por pérdida del recubrimiento de la capa de ácido graso- o a través de las mucosas puesto que presentan una menor defensa por no tener capa protectora, vía fecal, vía oral) y la parenteral (cuando se produce el contacto directamente con el torrente sanguíneo de la persona sana).

5 Discusión-Conclusión

La correcta utilización de los EPI frente al riesgo biológico en el medio laboral sanitario como herramienta de protección complementaria a las medidas generales de tipo higiénico, es aun hoy en día una asignatura pendiente. Sin embargo, con el descubrimiento en los años 80 del virus de la inmunodeficiencia humana, causante del SIDA, el personal sanitario empezó a tener conciencia del riesgo profesional que supone la exposición a determinados agentes biológicos. Este hecho fue el detonante para que la cultura preventiva frente al riesgo biológico cambiara y en consecuencia se empezaron a utilizar protecciones personales adecuadas.

En el mundo actual en el que vivimos donde la presencia de cualquier agente biológico pueda aparecer en cualquier parte debe llevarnos a la reflexión de la necesidad de contar con los equipos de prevención adecuada para poder enfrentarnos a cualquier agente biológico, en cualquier ambiente o entorno de trabajo. Esta medida de barrera, junto con un trabajo normalizado basado en la evidencia científica, son la mejor herramienta que podemos tener poder desarrollar nuestra labor asistencial en un ambiente con el menor riesgo posible frente a los agentes biológicos.

6 Bibliografía

1. http://www.ecosmep.com.
Normativa Española en materia de residuos peligrosos.
2. Alimentación y Nutrición en la Comunidad de Madrid. Diagnóstico de situación, 2007. Boletín informativo del Observatorio de Alimentación de la Comunidad de Madrid: Dirección General de Salud Pública y Alimentación, 2007.
3. Promoción de la Calidad. Guía de Buenas Prácticas. Prevención y Control de la infección nosocomial. Comunidad de Madrid.
4. Guía Básica de gestión de los residuos peligrosos en los sectores Sanitario, Agrícola, Automoción y Químico. UGT.
5. Guía básica de gestión de Residuos en Centros Sanitarios. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo.

Capítulo 116

GUÍA PARA CELADORES SOBRE MOVILIDAD Y POSICIONES TERAPÉUTICAS DEL PACIENTE

OLGA FERNÁNDEZ GARCÍA

LUIS DANIEL LÓPEZ CANO

FREDESVINDA ISABEL GONZÁLEZ IGLESIAS

ANTONIA PRIEGO TRAPERO

DELFINA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Las lesiones músculo-esqueléticas de los profesionales de la sanidad que emanan de sobreesfuerzos físicos, en la mayoría de los casos, están originadas por una mala práctica profesional, bien porque el celador desconoce el método adecuado de movilización, bien por no seguir las normas básicas adecuadas que deben ser utilizadas.

2 Objetivos

-Divulgar las técnicas destinadas al mantenimiento de la comodidad del paciente.
-Evitar la aparición de úlceras por presión, pérdida del tono muscular o trastornos circulatorios en el paciente encamado.

-Aprender las posiciones más adecuadas del paciente encaminadas a favorecer su higiene postural.

3 Metodología

Hemos realizado un estudio de sitios web especializados en materia profesional referente a los celadores, así como realizado una revisión bibliográfica de documentos oficiales publicados por organismos de la sanidad española, como el Servicio de Salud del principado de Asturias, SESPA, y el Servicio Andaluz de Salud. A través de publicaciones de sus hospitales de referencia, hemos podido recopilar los aspectos fundamentales que permitirán a los celadores adquirir, en el caso de los trabajadores más noveles, o perfeccionar, si se trata de celadores cuya práctica profesional es más amplia, las técnicas de movilización que deben ser realizadas en la actividad laboral diaria en un centro hospitalario.

4 Resultados

La movilización de los pacientes consiste tanto en la realización de las maniobras necesarias que tienen como fin facilitar el traslado de los pacientes, o los cambios posturales de los enfermos encamados.

Tipos de movilización.
-Activa: es la que puede ser realizada por el propio paciente bajo la supervisión de un profesional sanitario, y para cuyo fin pueden usarse dispositivos de apoyo como pueden ser pesas, poleas u otros elementos similares.
En este tipo de movilizaciones el celador debe estimular al paciente encamado para que realice la movilización de sus extremidades, o para que realice ejercicios que tengan como finalidad la relajación o contracción de sus músculos.
-Pasiva: estas movilizaciones están indicadas en pacientes que no pueden o deben realizar esfuerzos, y son realizadas por el celador apoyándose en técnicas que afectan a los diferentes segmentos corporales del paciente.

Principios fundamentales de una movilización:
-No provocar daños ni causar problemas añadidos, cuidando en todo momento la forma en que movilizamos al paciente.
-Dosificar el esfuerzo realizado al efectuar una movilización, pues los cambios posturales representan un desgaste físico para quien los realiza y, además, suponen una molestia para el paciente que los recibe, por lo que debemos tener en

cuenta al paciente cando realicemos estas actividades.
-Valorar la dificultad de la acción que vamos a realizar. teniendo presentes desde el paciente hasta el celador, pasando por los recursos técnicos utilizados y los instrumentos disponibles para llevar a cabo la movilización.

Principios clave de toda movilización:
1. En cuanto al paciente:
-Hemos de prestarle al paciente únicamente la ayuda necesaria.
-Debemos sopesar la carga de trabajo a realizar en función de la talla y peso del paciente.
-Estudiar y determinar el grado de incapacidad del paciente antes de solicitar su colaboración.
-Asegurarnos de no provocar lesiones por fricción debido al sudor corporal o presencia de agua en la piel.
-Proporcionar al paciente seguridad en todo momento.
-Efectuar el agarre del paciente por hombros, caderas, codos y rodillas.
2. Referentes al celador:
-Se debe actuar en todo momento bajo criterios y principios de ergonomía.
-Es necesario conocer las características de la patología del paciente antes de efectuar la movilización.
-Se ha de trabajar bajo criterios correctos de la mecánica corporal, actuando en todo momento teniendo en cuenta los siguientes criterios:
A. Mantener la espalda recta.
B. Situar las piernas en postura de paso.
C. No pasar el cuerpo por encima del paciente.
D. Mantener los pies en posición separada para facilitar una base de apoyo ancha.
E. Utilizar los brazos con puntos de apoyo de los codos sobre la cama.
F. Aprovechar la inercia del paso del cuerpo para realizar los movimientos.
G. Mantener la proporción adecuada entre la estatura y la altura de la cama.
H. Efectuar una actividad muscular de protección protectora de la espalda con los músculos abdominales, cuádriceps y paravertebrales.
I. Valorar el número de profesionales necesarios antes de efectuar la movilización.
J. Conocer y aplicar las normas referentes al manejo de cargas físicas.
3. En cuanto a elementos sobre los que se realizan movilizaciones:
-La cama y la superficie utilizada para la transferencia debe ofrecernos una base firme y debe poder regularse en altura.
-La cama, silla o camilla, debe poder ser frenada completamente para facilitar el agarre al efectuar la movilización.

-Debe haber el espacio necesario para poder efectuar la movilización de modo correcto.
-es preciso buscar en todo momento la disposición más adecuada de los elementos antes de iniciar la movilización.
-Deben ser suprimidas las barreras físicas que pudieran existir antes de efectuar cualquier movilización.
4. Referente a los recursos disponibles para movilizar:
-Determinar la existencia de ayudas para el deslizamiento del paciente, como transfer o tablas.
-Asegurarse de la disponibilidad de elementos necesarios para la transferencia, como pueden ser las grúas.
-Identificar la disponibilidad de mobiliario adecuado como camas regulables o sillas de ruedas.

Posicionamientos más frecuentes y sus indicaciones:
-Decúbito supino o dorsal: el paciente yace tumbado sobre la espalda con brazos y piernas extendidos y cerca del cuerpo, manteniendo un plano paralelo al suelo. Esta posición está indicada en situaciones postoperatorias, exploraciones diversas y como parte de los cambios posturales.
-Decúbito prono o lumbar: el paciente está tumbado sobre su abdomen con la cabeza girada hacia un lado y los brazos y piernas extendidos sobre un plano paralelo al suelo. Indicada en pacientes intervenidos en la zona dorsal y en ciertas exploraciones, aunque no suele utilizarse en el plan de cuidados posturales.
-Decúbito lateral: el paciente se encuentra tumbado en un plano paralelo al suelo sobre un lado del cuerpo y con la espalda recta, los brazos flexionados, la pierna inferior ligeramente flexionada y la superior flexionada por cadera y rodilla.
Se usa en administración de enemas, durante el lavado y como parte de los cambios posturales.
-SIMS, semiproa o de seguridad: es similar a la de decúbito lateral, aunque en este caso el brazo inferior está extendido hacia atrás. Se utiliza con enfermos inconscientes, y puede ser también una alternativa en los cambios posturales.
-Fowler: el paciente está semisentado en la cama con las rodillas ligeramente flexionadas, y el respaldo elevado 45 grados. Indicada para pacientes con dificultad respiratoria, cardiopatías o hernias de hiato.
-Trendelemburg: el enfermo se halla en decúbito supino en plano inclinado de unos 30 grados respecto del suelo, con la cabeza más baja que los pies. Se usa en el tratamiento quirúrgico de la zona pélvica y en el tratamiento de las lipotimias, pues favorece el riego cerebral.

-Antitrendelemburg o Morestin: es similar a la de trendelemburg, aunque en este caso la cabeza está más elevada que los pies.
Indicada para pacientes con dificultad respiratoria, cardiopatías o hernias de hiato.
-Roser: el paciente está en decúbito supino y con la cabeza sobresaliendo del extremo superior de la cama, sin almohada.
Se utiliza para insertar catéteres venosos centrales, intubaciones endotraqueales y en el aseo del cabello del paciente.
-Ginecológica o litotomía: la paciente se encuentra en decúbito supino con las piernas flexionadas y separadas apoyadas sobre unos soportes especiales. Se utiliza en partos, exploraciones ginecológicas o en la realización de sondajes vesicales.
-Genupectoral: el paciente se encuentra apoyado sobre las rodillas y con el tronco inclinado hacia adelante, con los brazos cruzados y la cabeza apoyada sobre los mismos. Usada para exploraciones rectales o para la extracción de heces acumuladas en el recto o en el colon.

5 Discusión-Conclusión

Los protocolos de actuación que deben seguir los celadores en su labor de asistencia al personal sanitario están ya establecidos en cada institución sanitaria, si bien, o no se encuentran al alcance de aquellos trabajadores que no disponen de una praxis profesional dilatada. Se hace pues necesario que todos los centros sanitarios establezcan un protocolo de acogida dirigido a los celadores no avezados en las labores diarias de asistencia al personal sanitario de las instituciones sanitarias.

6 Bibliografía

1. Díaz Alondo y, Pérez Gómez m. protocolo de cambios posturales y técnicas de movilización y traslado del paciente [Internet]. 4th ed. Oviedo: Hospital Universitario del Principado de Asturias; 2011 [cited 18 March 2020]. Available from: http://www.hca.es
2. Manual de procedimientos generales de enfermería [Internet]. 1st ed. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud; 2020 [cited 18 March 2020]. Available from: https://www.sspa.juntadeandalucia.es
3. S. Celadores online de Instituciones sanitarias [Internet]. Celadores.org. 2018 [cited 9 February 2020]. Available from: http://celadoresonline.blogspot.com

Capítulo 117

EL CELADOR EN EL TRASLADO DE PACIENTES EN CAMA, CAMILLA O SILLA DE RUEDAS

PAULA MARÍA MENÉNDEZ GONZÁLEZ

DULCE MARÍA DIOS MÉRIDA

CLARITA BERNARDO FERNÁNDEZ

MARÍA MAGDALENA TORRE BLANCO

MARÍA SOLEDAD FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Todos los traslados intrahospitalarios conllevan un riesgo para el paciente, la responsabilidad del traslado recae sobre el personal que lo lleva a cabo y cuando peor es el estado del paciente, más graves pueden ser las consecuencias de ese traslado. El transporte de pacientes dentro del hospital se puede originar en cualquier área, desde la entrada de urgencias a la sala de espera correspondiente, hasta desde la UCI al quirófano o a la realización de la prueba pertinente, como tomografía, angiografía, resonancia, gammagrafía. Para los pacientes que se encuentran estables estos trayectos no presentan riesgo aparente, sin embargo, para los pacientes críticos el tiempo que estén en el traslado debe disminuirse en la medida de lo posible para así disminuir la morbilidad y la mortalidad del paciente.

Los medios mediante que se traslada al paciente depende de su gravedad y de su capacidad de movimiento, siendo la silla de ruedas la más utilizada para aquel paciente que se encuentra en plenas condiciones físicas, las camas se utilizarán para el traslado de paciente mas graves o que no pueden moverse por sí mismos.

2 Objetivos

Conocer los dispositivos que utilizan los celadores para el traslado intrahospitalario del paciente, así como las normas a seguir con cada uno de ellos.

3 Metodología

La metodología que se ha usado para la realización de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica relacionada con los materiales existentes para el traslado intrahospitalario del paciente y cómo el celador traslada al paciente. La información se ha recopilado de diversas fuentes que se relacionan a continuación:
-Revisión de las bases de datos de Web of Science, Scielo y PubMed.
-Revisión de manuales de actuación de hospitales.
-Revisión de manuales de Consejerías o Servicios de Salud de diferentes CCAA.

Para realizar este trabajo se han incluido artículos, protocolos, manuales o guías fechados entre 2010 y 20019 para limitar la cantidad de información y que esta fuese lo más actualizada posible. Los términos utilizados para la búsqueda han sido: traslado, intrahospitalario, camilla, cama y silla ruedas.

4 Resultados

Se entiende por cama hospitalaria aquella destinada a la atención del paciente ingresado, por otro lado, la silla de ruedas es un vehículo que permite el traslado de pacientes que no tienen, de forma temporal o permanente, la capacidad de caminar por sí mismo. Estos dispositivos son utilizados por los celadores para el traslado de pacientes, deben tener ciertas consideraciones a la hora de realizar dicho traslado. Lo primero que debe hacer toda persona que vaya a dirigirse al paciente para realizarle cualquier cosa que altere su estado, es informar y explicar del recorrido que va a realizar y por qué medio. Dependiendo del paciente se deberá elegir el medio de transporte más adecuado, será el personal sanitario quien haga las indicaciones sobre las capacidades y la movilidad del paciente. Atendiendo a estas observaciones el celador utilizará el método más adecuado. En

caso de que se deba movilizar una cama eléctrica, debe de comprobarse que no está enchufada a la corriente y en caso de que lo esté, habrá que desenchufarla. Todos los sueros, bombas, sondas y demás accesorios no deben de entorpecer el traslado, tanto a la hora de circular, como de pasar por puertas y ascensores. Además, debe cuidarse de que el paciente se sienta cómodo en la medida en que sea posible, cuidando que no pase frío y que esté bien sujeto para evitar posibles caídas. Una vez que ha llegado a destino el celador debe de esperar a que el paciente sea atendido por el personal que corresponda, no dejándolo solo en ningún momento.

El empuje de la silla se hará siempre desde la cabecera en sentido de la marcha, serán los pies del paciente los que vayan por delante. Como en toda norma, existe excepción, a la entrada del ascensor, será el celador el que, entre primero, lo hará de espaldas, saldrá de la misma forma siempre que sea posible dar la vuelta en el interior del ascensor. Cuando se trate de subir una rampa se hará como marca la norma, por otro lado, cuando sea una bajada lo que haya que realizar, el celador se pondrá de espaldas. El paso de puertas lo realizará también el celador en primer lugar de espaldas.

La cama o camilla será empujada por los pies, dejando la cabecera disponible para la actuación sanitaria en caso de necesitarlo. Al entrar en el ascensor se realizará la misma maniobra que con la silla de ruedas, será el celador quien entre primero en el ascensor y lo hará de espaldas, en este caso no se da la vuelta a la camilla si no que los pies del paciente serán los último en entrar, al salir los pies del paciente irán primero ya que dentro del ascensor no es posible dar la vuelta a la camilla y por tanto el celador saldrá el último. En las rampas que haya que subir el empuje se realizará como dice la norma general y en la bajada, igual que con la silla, el celador irá desde los pies de la cama marcha atrás, de espaldas a la pendiente.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que el celador debe de conocer las normas a seguir con cada uno de los dispositivos de traslado intrahospitalario, estas normas previenen posibles accidentes, tales como caídas o golpes tanto al paciente como al celador.

El transporte en camilla, que se realiza a quien está en un estado más crítico o de peor movilidad debe de facilitar la asistencia al paciente por parte del sanitario en caso de que hubiera una emergencia médica, por ello el celador debe saber cómo llevar esa camilla en todo momento, sin entorpecer la posible actuación.

6 Bibliografía

1. Ramírez Iturra, B., & Febré, N. (2015). Impacto de la gestión de riesgos en la prevención de eventos adversos durante el traslado intrahospitalario de pacientes. Ciencia y enfermería, 21(1), 35-43.
2. Hernández, J. N., González, E. C., Romero, J. C., & de Baños, L. C. (2011). Transporte intrahospitalario del paciente grave. Necesidad de una guía de actuación. Enfermería Intensiva, 22(2), 74-77.
3. Ortiz, J. M. P., & Arauz, C. D. (2013). Transporte intrahospitalario del paciente con enfermedad pulmonar grave. Revista Mexicana de Anestesiología, 36(S1), 23-27.
4. Lozano-Álvarez, S. L. (2016). TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRITICO. Gastrohnup, 18(S3), 61-67.
5. Campos, L. S. (2012). PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE NEUROCÍTICO. PIC 2012, 50.
6. Robles, E. M., Requena, D. P., Ballester, E. C., Señé, G. M., & Goula, R. C. (2008). Incidencia de caídas en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital General de Vic. Enfermería Nefrológica, 11(1), 64-69.
7. Huerta Apastegui, A. (2015). Estudio y modelización del movimiento de la extremidad superior en pacientes en silla de ruedas. Aplicación Hospital Asepeyo (Bachelor's thesis, Universitat Politècnica de Catalunya).
8. Nivicela, T., & Uvita, R. (2011). TÉCNICA DE TRASLADO DEL PACIENTE DESDE LA CAMA A LA SILLA DE RUEDAS (Bachelor's thesis).
9. Castro Parra, O. M. (2015). Elemento Movil Para El Traslado De Un Paciente Con Movilidad Reducida De Posicion Sedente A Posicion 10. Decubito Dorsal Extendido (Doctoral dissertation, Universidad Industrial de Santander, Escuela De Diseño Industrial).
11. Barrios González, M., Herrera Díaz, W. A., Hernández, R., & Montoya, Á. L. (2010). Diseño de protocolo para el traslado secundario del paciente en estado crítico en ambulancia terrestre (Doctoral dissertation).

Capítulo 118

ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO AGITADO

MARIA DEL CARMEN ALONSO COMBARRO

MARIA LUISA ALONSO RODRIGUEZ

ARACELI COSMEN ÁLVAREZ

HILDA CUERVO MENENDEZ

1 Introducción

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Un trastorno mental o de la conducta se caracteriza por una perturbación de la actividad intelectual, el estado de ánimo o el comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales. En la mayoría de los casos, los síntomas van acompañados de angustia e interferencia con las funciones personales.

Los trastornos mentales producen síntomas que son observables para la persona afectada o las personas de su entorno. Entre ellos pueden figurar:
- Síntomas físicos (dolores, trastornos del sueño).
-Síntomas afectivos (tristeza, miedo, ansiedad).

-Síntomas cognitivos (dificultad para pensar con claridad, creencias anormales, alteraciones de la memoria).
-Síntomas del comportamiento (conducta agresiva, incapacidad para realizar tareas corrientes de la vida diaria, abuso de sustancias).
-Alteraciones perceptivas (percepción visual o auditiva de cosas que otras personas no ven u oyen).
Actitud que debemos tener ante un paciente agitado:
-Hay que mostrar una actitud positiva, ganarse su confianza, mostrarles sus cualidades y habilidades fortaleciendo su autoestima, para que de esta forma tenga la necesidad de comunicarse con su interlocutor y siempre manteniendo un tono de voz a un ritmo relajante, controlando el volumen y la modulación de la voz.
-No se debe cortar la conversación, ni generalizar.
-Se evitarán en todo momento las amenazas, tanto con la palabra como con la acción de las manos.
-Se debe hablar con claridad, sin hacer uso de palabras técnicas.
-Realizar una escucha activa, pidiéndole su criterio realizando preguntas y específicas.
-Se debe respetar en todo momento el círculo de seguridad del paciente.
-Se evitará hacer movimientos bruscos.

2 Objetivos

-Conocer las características y necesidades del paciente psiquiátrico.
-Prevenir lesiones, tanto autolesiones (caídas, arranque de vías, sondas, etc.) como lesiones a otras personas de su alrededor, sean pacientes o personal del hospital.
-Evitar daños físicos en el entorno sanitario: máquinas, mobiliario, etc.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador y el TCAE ante la situación de un paciente agitado o agresivo deberán adoptar las siguientes normas generales de actuación: o Llamar inmediatamente a la enfermera de la unidad.
-Separar al paciente agitado del resto de enfermos.
-Cuidar que la habitación del paciente esté iluminada suavemente.
-Se evitará en lo posible el exceso de voces y timbres (se hablará en un tono bajo).
-Mantener la seguridad, tanto del paciente como del personal sanitario y no sanitario.

Al paciente psiquiátrico se le puede reducir de tres formas posibles:
1. Reducción farmacológica, se realiza a través de medicación suministrada al paciente, y puede ser:
-Paliativa, al paciente se le administra por vía oral o intramuscular un medicamento que reduce parcialmente su estrés, ansiedad, angustia, agitación o agresividad.
-Resolutiva, al paciente se le administra un fármaco generalmente por vía intravenosa.
2. Reducción física, procedimiento de inmovilización del paciente psiquiátrico violento que con su actitud puede causar daño a sí mismo o a los demás, debe realizarse siempre por varias personas. El paciente reducido puede que también precise de una reducción farmacológica y contención mecánica, siendo el facultativo quien lo prescriba.
3. Reducción verbal, se realiza a través de la comunicación con el paciente, interviniendo dos o más participantes y haciendo uso tanto del lenguaje verbal como del no verbal.

Ante una actitud verbalmente hostil, nos encontramos con varias fases o estados, es los que se llama la curva de la hostilidad, descrita como ”una actitud hostil o agresiva denotando una activación emocional del que podemos predecir su evolución que sigue un patrón determinado” por Allaire y Mc Nelly en 1983.

Fases de la curva de la hostilidad:
Fase Racional. La mayor parte de los pacientes suelen tener una actitud razonable, manteniendo un nivel emocional adecuado para discutir cualquier problema.
-Fase de disparo o salida. Sucede cuando un acontecimiento imprevisto aparece y la persona se dispara, surgiendo sus emociones y sentimientos, mostrando irritación, enojo, enfado, etc. Cualquier intento por hacer razonar a la persona

enojada suele fracasar, la mejor opción es escuchar.
-Fase de enlentecimiento. La irritación no suele durar siempre, si no existe una provocación posterior, la reacción de disparidad o contrariedad se va agotando y el paciente comienza a venirse abajo.
-Fase de afrontamiento. Es el momento en el que la persona que ha estado escuchando al paciente puede intervenir, sin juzgar. El interlocutor debe empatizar y reconocer el estado emocional del paciente, todo ello puede contribuir a que se extinga la hostilidad y aparezca la fase de calma.
-Fase de enfriamiento. Si se ha dicho algo empatizante, la persona se enfriará y llegará a calmarse. El paciente se enfría, se calma en el momento que se ha visto escuchada y reconocida en su sentimiento.
-Fase de solución. El paciente vuelve al nivel raciona del que salió. Es el momento adecuado para afrontar el problema.

Para afrontar cualquier hostilidad en un paciente hay que intentar: o Escuchar, escucha activa.
-Empatizar.
-Preparar la situación.
-Ser recompensante.
-Expresar sentimientos.
-Emplear mensajes ”yo”.

Las cuatro primeras actitudes reducen la hostilidad, las dos últimas pretenden hacer ver al paciente el daño que puede producir su actitud hostil en las relaciones interpersonales.

5 Discusión-Conclusión

El enfermo psiquiátrico junto a los niños y ancianos, son los colectivos más sensibles dentro de la atención sanitaria, un objetivo primordial debe ser proteger sus derechos y su dignidad.

El personal a su cuidado debe prestarles especial atención, escuchándoles y observando su comportamiento, creando un clima de confianza desde el respeto, aceptando al enfermo y su enfermedad sin juzgar. El trato, las palabras o los gestos adquieren una dimensión aún mayor que para el resto de los pacientes.

La actitud y la aptitud de los trabajadores son por todo ello fundamentales, pero también es necesaria la formación continua, medios materiales y coordinación

entre los distintos profesionales para una buena atención.

6 Bibliografía

1. Libro: Humanización del cuidado. Autor/es: Rosa Fernández Lobato. Diego Ayuso Murillo. Agustín Gutiérrez Soriano. Alberto Rando Caño. Juan Vega Barea.
2. Guía de Recursos de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.
3. Protocolo de contención de movimientos. Hospital Clínico de Madrid.
4. Protocolo de contención de pacientes del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
5. http//:www.who.int.es.

Capítulo 119

AYUDANTE DE SERVICIOS Y PINCHES DE COCINA: RIESGOS POSTURALES EN LA COCINA

JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA

1 Introducción

El ayudante de servicios o pinche se ve forzado, en el desempeño de sus labores, a realizar tareas que pueden resultar lesivas para su salud músculo-esquelética. Trabajos que implican manipulación de cargas, posturas incómodas, pueden dar lugar a lesiones, en ocasiones graves.

2 Objetivos

-Estudiar las principales lesiones músculo-esqueléticas que suelen darse en el entorno de una cocina sanitaria, así como los medios de actuación con los que contamos para paliar estos problemas.
-Revisar los consejos ergonómicos que pueden ayudarnos.

3 Metodología

Se realiza una lectura de documentos sobre ergonomía en cocinas de colectividad, temarios de oposiciones que tratan el tema de las cocinas en medios sanitarios y documentos sobre lesiones músculo- esqueléticas. Se utiliza, sobre todo, Google Scholar, amén de buscadores médicos como Scielo.

4 Resultados

En las cocinas de restauración colectiva, entre las que se engloba la cocina hospitalaria, es habitual realizar movimientos repetitivos, levantar pesos, desplazar carros y útiles pesados o trabajar habitualmente en posiciones que podríamos considerar forzadas. Todo esto hace que los trabajadores de estas cocinas desarrollen, a menudo, patologías como tendinitis, hernias, sobre todo discales, síndrome del túnel carpiano. Para evitarlo, debemos analizar detenidamente el ambiente de trabajo e intervenir para prevenir aquellos movimientos o errores ergonómicos que puedan traer aparejadas estas lesiones:

-Debemos pedir ayuda para llevar cargas pesadas.

-Debemos hacer uso de los medios auxiliares de los que dispongamos. La mera tarea de llevar una olla pesada a mano , potencialmente lesivo y peligroso, es mucho más llevadera y segura si lo hacemos sobre un carro .

-Evitaremos tirar de las cargas o carros. Preferentemente los empujaremos .

-Para levantar cargas, los pies deberán estar apoyados con firmeza y separados aproximadamente 50 cm. La espalda permanecerá recta todo el desplazamiento de la carga, llevaremos el peso lo más cerca posible del cuerpo. Utilizaremos el enderezamiento de las piernas y lo el de la espalda . Durante todo el desplazamiento, permaneceremos erguidos.

Procuraremos no estar demasiado tiempo de pie: esto causa una disminución de la circulación sanguínea, además de aplanamiento del pie. Estar demasiado tiempo de pie crea problemas circulatorios.

Un estudio ergonómico adecuado del lugar de trabajo puede dar con soluciones que eviten movimientos repetitivos, en ocasiones basta con alternar las secuencias de trabajo, intercambiando los roles de los trabajadores, para mejorar esto o movimientos peligrosos. Un grifo situado demasiado alto puede obligar a elevar las ollas por encima de la cabeza del operario, obligando a trabajar en ellas a gran altura con riesgo muscular y esquelético. Cambiar la situación del grifo, dando servicio a una altura adecuada, puede evitar directamente este riesgo.

5 Discusión-Conclusión

Es necesaria una formación adecuada y actualizada de los ayudantes, pinches y todo el personal de cocina, a fin de encontrar soluciones que eviten las lesiones. Asimismo, es de vital importancia que se realicen estudios ergonómicos en las cocinas sanitarias destinadas a hacerlas más seguras.

6 Bibliografía

1. n.d. Ergonomía En La Cocina. [ebook] Available at: <https://www.insst.es/documents/94886/375493/Folleto.+Ergonom%C3%ADa+en+la+cocina+-+A%C3%B1o+2012+(en+cat%C3%A1logo)>
[Accessed 21 March 2020].
2. 2020. Seguridad Y Salud En Mi Trabajo. [ebook] Available at: <https://www.fauca.org/wp-content/uploads/2016/05/myg9.pdf>
[Accessed 21 March 2020].
3. 2006. Pinche De Cocina Del Servicio De Salud De Osakidetza. [San Sebastián]: [Kloter XXI].

Capítulo 120

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA INFORMATIZACIÓN, UNIFICACIÓN Y GESTIÓN DEL HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE

SUSANA TERRONES VEGA

SUSANA PÉREZ CASTAÑO

MARILIA DE FÁTIMA MORAIS DE MELO

MARIA CARMEN PLATAS FERNANDEZ

ANA MARIA CANELO DIAZ

1 Introducción

La llegada de la informática al sector sanitario ha sido de gran ayuda para el servicio de admisión y documentación clínica de los centros sanitarios. Este apoyo informático se ha traducido en la comodidad para el paciente y el centro a la hora del traslado de historias clínicas ya que será independiente el centro en el que se encuentre, todo el historial del paciente estará al alcance de cualquier profesional sanitario.

Las funciones se dirigen a unificar la historia clínica del paciente a lo largo de todas las asistencias a centros sanitarios a lo largo de su vida, siendo para este

fin necesaria la recuperación de datos anteriores que no se encuentran informatizados.

No solo se archiva la historia clínica si no que tiene que ser un sistema suficientemente intuitivo y ordenado para que todo aquel que necesite buscar algo, lo encuentre.

2 Objetivos

Exponer las funciones del auxiliar administrativo en el proceso de admisión y de traspaso de historial clínico, así como de la gestión de documentación relacionada con el paciente.

3 Metodología

La metodología que se ha usado para la realización de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica relacionada con los historiales clínicos y la documentación y el papel del administrativo en el traspaso de datos. La información se ha recopilado de diversas fuentes que se relacionan a continuación:
-Revisión de las bases de datos de Web of Science, Scielo y PubMed.
-Revisión de manuales de actuación de hospitales.
-Revisión de manuales de Consejerías o Servicios de Salud de diferentes CCAA.

Para realizar este trabajo se han incluido artículos, protocolos, manuales o guías fechados entre 2010 y 20019 para limitar la cantidad de información y que esta fuese lo más actualizada posible. Los términos utilizados para la búsqueda han sido: historia clínica, auxiliar administrativo, admisión, codificación y gestión de datos.

4 Resultados

Se encuentra que el auxiliar administrativo debe ser capaz de seguir un sistema de identificación que permita una relación inmediata con el paciente, constituye el fichero de pacientes con su correspondiente índice, que contendrá datos básicos del paciente y será un fichero único, permanente y centralizado que incluirá el número de identificación fiscal, número de historia, nombre y apellidos, sexo, fecha de nacimiento, dirección, teléfono, número de afiliación y contacto de emergencia. El auxiliar administrativo registra todo lo concerniente al paciente en el

fichero maestro para evitar duplicidades y errores. Para evitar estos errores el auxiliar realiza pruebas al azar en diferentes historias para comprobar que cada paciente tiene un solo registro y así evitar que se pierda información de ese paciente.

El auxiliar administrativo será quien establezca los sistemas de ordenamiento de los documentos fijando una organización de la historia clínica de cada paciente por tipo de documento, por servicio o por episodio asistencial. Es quien abre las historias y quien realiza el diseño del documento y la modificación del mismo.

El fichero y archivo de todos los historiales de los pacientes debe de ser accesible ya que pueden solicitar el acceso terceras personas que pueden ser personal sanitario o familiar del paciente autorizado, estas consultas quedan registradas y contabilizadas para evitar posibles consultas no autorizadas. Supervisará el cumplimiento de las normas en cuestión de acceso y disponibilidad de la historia clínica del paciente y autorizará el préstamo de estas historias, requiriendo para dicho préstamo el nombre y los apellidos del paciente, número de historia, persona que hace la solicitud, el motivo y el tiempo que precisa tener la historia en su poder. El auxiliar también establece plazos y prioridad de entrega de documentación e informa documentalmente toda petición y consulta de los expedientes.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que el servicio de admisión y documentación clínica es llevado íntegramente por el auxiliar administrativo que es responsable de la custodia de las historias clínicas de los pacientes. Las historias, que son elaboradas por los responsables sanitarios, están bajo la supervisión del auxiliar que quien autoriza el movimiento de documentación y la mantiene actualizada, por eso es muy importante que el auxiliar administrativo tenga los conocimientos informáticos relativos a los programas que se utilizan en los diferentes centros sanitarios. Los trámites deben de realizarse dentro de los plazos previstos, por ello la gestión de toda la documentación debe de estar debidamente centralizada y organizada, garantizando asó la disponibilidad para posibles asistencias al paciente.

6 Bibliografía

1. Alves, M., Godoy, S. C. B., & Santana, D. M. (2006). Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. Revista Brasileira de Enfermagem, 59(2),

195-200.
2. Luna, D., Soriano, E., & de Quirós, F. G. B. (2007). Historia clínica electrónica. Rev Hosp Ital B Aires, 27(2), 77-85.
3. Fernández, M. T., Alcántara, M. A., Jiménez, C. D., Aceijas, F. M., León, U. P., & Tárraga, R. R. (2001). Programa de calidad en un archivo de historias clínicas. Pápeles Médicos, 11(3), 107-112.
4. Rosero, J. O., Matute, F. O., & Angulo, D. C. (2005). Elaboración de la historia clínica mediante el programa Sistema de Información Médica (MIS) en la consulta externa de pediatría clínica del hospital Roberto Gilbert Elizalde. Medicina, 10(1), 32-42.
5. Odio, A. A. G., & Bolívar, D. Á. (2018). La historia clínica hospitalaria como instrumento médico, legal y administrativo en el nuevo contexto constitucional. MediCiego, 25(1), 79-81.
6. Alonso Lanza, J. L. (2005). La historia clínica electrónica: ideas, experiencias y reflexiones. Acimed, 13(5), 1-1.
7. López, J. M., Cuchí Alfaro, M., & Sánchez Molano, M. A. (2009). Archivo de historias clínicas Digitalizado, una solución previa a la Historia Clínica Electrónica. Papeles médicos, 18(2), 4-10.

Capítulo 121

TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN Y TRANSFERENCIAS REALIZADAS POR LOS CELADORES

RAMÓN CASTAÑO LLERANDI

1 Introducción

Dentro de las tareas que le corresponden al celador tienen especial importancia las movilizaciones de pacientes, tal y como viene estipulado en el artículo 14.2, del Estatuto del personal no sanitario, “ayudaran a las enfermeras y ayudantes de planta al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial, en razón de sus dolencias, para hacerles las camas”.

Si tenemos en cuenta que estas úlceras son áreas de la piel lesionada por permanecer mucho tiempo en la misma posición, veremos que los profesionales que atienden a estos enfermos tienen una gran responsabilidad, ya que gran parte de estas lesiones se producen durante su hospitalización y la gran mayoría de ellas son evitables. Algunas veces los factores que predisponen al paciente a padecer estas lesiones son intrínsecos pero muchas otras son factores extrínsecos y que pueden ser evitables con unos buenos cuidados por parte del equipo.

2 Objetivos

-Evitar la aparición de complicaciones en el paciente derivadas de la inmovilidad.
-Ayudar al confort del paciente.
- Favorecer la independencia del paciente Prevenir lesiones en el profesional

3 Metodología

Revisión bibliográfica de varios artículos relacionados con el tema a desarrollar. Se han utilizado solo los más adecuados. Se han realizado también diversas entrevistas con celadores, valorando las técnicas que utilizan y tomando en consideración sus experiencias.

4 Resultados

Los pacientes en los hospitales suelen pasar la mayor parte del tiempo en la cama. Algunos pueden moverse por sí mismos, otros necesitan ayuda de los profesionales, como son los celadores, para realizar diferentes movimientos tan básicos como ir al aseo, sentarse en una silla de ruedas o en una silla de descanso y hay otro tercer grupo de pacientes, los cuales no pueden moverse y dependen absolutamente del profesional para realizar cualquier tipo de movimiento. Ante estas necesidades se han definido diferentes técnicas de movilización del paciente dependiendo del grado de necesidad.

Se distinguen dos tipos de movilizaciones, activas y pasivas. Las movilizaciones activas son realizadas por el paciente bajo supervisión del profesional, por el contrario, las movilizaciones pasivas son realizadas por el profesional.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que un paciente se mueva para evitar por ejemplo úlceras por presión y cualquier otra dolencia generada por la falta de movimiento, como una trombosis. No solo es importante que el paciente realice actividad por motivos físicos sino también por motivos psíquicos.

Cuando un paciente participa en el aseo, se mueve, da pequeños paseos, solo o con ayuda, se previenen muchas enfermedades a nivel emocional, como la depresión, la tristeza. Por supuesto, en cualquier circunstancia el paciente siempre ha de ser informado del movimiento que se le va a practicar, intentando que colabore en la medida de sus posibilidades.

Se debe intentar despejar la zona de cualquier estorbo, tener a mano todo el material que podamos necesitar, no realizar movimientos bruscos ni arrastrar, utilizar medios mecánicos si fuese necesario, pedir ayuda a otro profesional si es necesario y valorar el estado del paciente para determinar cómo se puede realizar la

movilización.

Los métodos más usados son la sábana entremetida, la silla de ruedas, bastón, muletas, andadores y grúa. Es importante estimular al paciente para que participe en la medida de sus posibilidades en la realización del movimiento.

Ante todo, y como medida higiénica y preventiva siempre hay que proceder al lavado de manos antes y después de realizar las movilizaciones.

6 Bibliografía

1. http://www.cgtsanidadlpa.org/
f/opes/aux_enfermeria
2. Movilización del paciente, Editorial Vértice, 2011 https://www.efisioterapia.net/
articulos/tecnicas- movilizacion- y-transferencias-pacientes

Capítulo 122

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

MARÍA DOLORES PASCUAL ALVAREZ

1 Introducción

La Ley General de Sanidad en su Capítulo II (de las actuaciones sanitarias del sistema de salud), artículo 18 dice que las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los Órganos competentes en cada caso, desarrollarán las siguientes actuaciones:

- Adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria.
- La atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad.
- La asistencia sanitaria especializada, que incluye la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación.

La atención hospitalaria incluye la asistencia prestada por los médicos especialistas tanto en centros de especialidades como en hospitales. Son los médicos de atención primaria quienes valoran la necesidad de asistencia especializada en cada caso. A este nivel se ofrece a la ciudadanía los medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados que, por su especialización o características, no pueden resolverse en el nivel de atención primaria.

2 Objetivos

Conocer la estructura de un hospital en cuanto al nivel administrativo de un auxiliar.

3 Metodología

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

4 Resultados

Un hospital es un establecimiento destinado para la atención y asistencia a enfermos por medio de personal médico, enfermería, personal auxiliar y de servicios técnicos durante 24 horas, 365 días del año y disponiendo de tecnología, aparatología, instrumental y farmacología adecuadas. Existen tres clases de hospitales: de primer, segundo y tercer nivel, siendo su asistencia de menor a mayor complejidad. Dentro de ellos se atiende a pacientes con afectaciones que irán de simples a gravísimas, críticas, cuidados paliativos o incluso terminales.

La estructura de un hospital está especialmente diseñada para cumplir las funciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Sin embargo, muchos hospitales modernos poseen la modalidad y estructura denominada cuidados progresivos. En este tipo de hospitales, no hay salas divididas por especialidades médicas como en los hospitales clásicos, sino que el cuidado del enfermo se logra en forma progresiva, según su gravedad y complejidad: cuidados críticos, otra de cuidados intermedios, y por último cuidados mínimos y autocuidados. El paciente ingresa a través del Servicio de Urgencias a una u otra área según su gravedad. Un paciente gravemente enfermo y con riesgo de perder la vida, ingresará seguramente a cuidados críticos, y luego al mejorar (salir de su estado crítico), se trasladará a cuidados intermedios, luego a mínimos y así sucesivamente hasta dar el alta médica.

En los últimos quince años, la proliferación de información ha permitido que los gestores sanitarios dispongan de infinidad de datos, que pueden utilizarse para

medir resultados en salud y mejorar así la calidad de la asistencia. En una era en la que el gasto en salud crece de manera insostenible, no existe una correlación entre este y los resultados al comparar gasto en función del producto interior bruto frente a la esperanza de vida.

La estrategia del Consorcio Internacional de Medición de Resultados en Salud (ICHOM son sus siglas en inglés) para una sanidad basada en valor, se basa en seis áreas interrelacionadas: poner en marcha servicios excelentes en todo el territorio, organización en unidades integradas de práctica, medición de los resultados y del coste de cada paciente, integrar los cuidados entre diferentes servicios separados y optar por paquetes de precios para ciclos de cuidado. Además, debe ponerse en marcha una plataforma de tecnología de la información que lo haga viable.

5 Discusión-Conclusión

La reforma de la atención hospitalaria es uno de los retos a los que a los que podría enfrentarse el Sistema Nacional de Salud (SNS) y los profesionales sanitarios en los próximos años. Este eslabón de la estructura sanitaria es uno de los más importantes y complejos y se deberán aunar esfuerzos para llevar a cabo todos los cambios necesarios. Los expertos destacan la necesidad de que se produzca una mayor colaboración entre los hospitales y que debería ser Primaria la que derivase pacientes a Urgencias.

6 Bibliografía

- Ley 14/1986 de 25 de Abril, General de Sanidad. http/www.elmédicointeractivo.com.
- Decreto 462/1996 de 8 de Octubre.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 123

EL CELADOR, IMPRESCINDIBLE EN LA MOVILIZACIÓN

ROSA BUENO BARRERO

1 Introducción

La movilización consiste en cambiar de postura o de sitio a un enfermo sobre la misma superficie, y en las transferencias existe un desplazamiento de una superficie a otra. La mayoría de las personas que acuden o se encuentran internadas en centros sanitarios pueden presentar una disminución de sus capacidades físicas o psíquicas debido a su enfermedad. No pueden movilizarse con normalidad por sí mismos. Estas modificaciones en la postura del paciente se denominan cambios posturales.

El enfermo no permanecerá nunca más de tres horas en la misma posición. Deberá ser colocado sucesivamente en decúbito supino, lateral derecho e izquierdo y prono tanto durante el día como por la noche. Si está sentado se descarga todo el peso sobre una sola zona, los cambios se tratan cada 15 ó 30 minutos.

Cuando el paciente presenta facturas y se encuentra encamado con aparatos de tracción por medio de pesas en los miembros inferiores, hay que realizar su higiene evitando que se pierda la alineación de las fracturas.

El conjunto de causas desencadenantes de inmovilidad lo podemos dividir en dos grandes grupos: las causas físicas y las causas psíquicas.

2 Objetivos

Prevenir y evitar contracturas, modificar los hábitos incorrectos en materia corporal y estimular la autonomía del paciente.

3 Metodología

Búsqueda de información en guía básica de cuidados, Eusko Jaularitza, Gobierno Vasco. Las palabras clave empleadas han sido: cambios posturales y decúbito supino, paciente, paciente encamado.

4 Resultados

Se considera primordial evitar las temidas úlceras por presión. Para ello se debe evitar que la ropa que cubre la cama roce la piel y llegue a producir lesiones, proporcionar comodidad y bienestar al paciente. Estas movilizaciones, también ayudan a mejorar el tono muscular y activan la circulación sanguínea.

Una correcta movilización no sólo evita posibles fricciones y sacudidas repentinas o bruscas al paciente, sino que también previene posibles lesiones en el celador.

5 Discusión-Conclusión

Una de las funciones más importantes del celador es la de mover y acomodar al paciente en la cama de forma que se sienta confortable y cómodo.

Los pacientes con traumatismos o afecciones severas se les debe aplicar una amplia gama de medidas preventivas y es muy necesario que los cambios posturales no limiten la función respiratoria.

Existen patologías en las que el movimiento está contraindicado; algunas de éstas son aquellas en las que el paciente presenta un traumatismo craneoencefálico o espinal con un aumento de la presión intracraneal.

Las personas con hemiplejías (parálisis en la mitad del cuerpo) y las que presentan tetraplejias (parálisis en las extremidades superiores e inferiores) necesitan constantemente del apoyo de dos celadores para cubrir sus necesidades básicas. Además, la inmovilidad puede provocar complicaciones por lo que tenemos que

tener conciencia de regular el tono normal mediante posturas corregidas para evitar daños secundarios.

6 Bibliografía

1. Unidad de pacientes Pluripatológicos estándares y recomendaciones, informes, estudios e investigación 2009, ministerio de sanidad y política social.
2. Protocolo de prevención y cuidados de las úlceras UPP, 2006, OSAKIDETZA Gobierno Vasco. Editorial Vértice.

Capítulo 124

EL CELADOR EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

ROSA BUENO BARRERO

1 Introducción

El quirófano es el área hospitalaria con mayor grado de tecnología y complejidad. Es bastante compleja en cuanto al material y equipo que se utilizan, por lo que se requiere una serie de normas en el desarrollo de esta actividad. El trabajo que se va llevar a cabo en este servicio difiere del que se lleva a cabo en el resto del hospital.

Por este motivo, los celadores deben ser personal con experiencia, tendrán que trasladar los pacientes desde la unidad en que se encuentren hasta el quirófano y ocuparse de que cada paciente vaya acompañado de su documentación clínica. Otra labor muy importante del celador es colocar y sacar a los enfermos en la mesa de operaciones ayudados por el personal sanitario. Durante la intervención el celador permanecerá en el antequirófano por si precisan de sus servicios. La anestesia suele colocarse en decúbito supino, colocando después al paciente, si fuera necesario, en la posición requerida para la intervención.

2 Objetivos

Arriesgar lo menos posible la función de los órganos y la seguridad del paciente.

3 Metodología

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

Búsqueda de información en: técnicas de movilización e inmovilización del paciente quirúrgico y postquirúrgico. Palabras clave: quirúrgicos y postquirúrgicos. Palabras clave: quirófano y posturas quirúrgicas.

4 Resultados

Una buena actuación del celador en el quirófano va facilitar y permitir una mejor exposición de las zonas a intervenir, con lo cual facilitará la actuación del cirujano y por consiguiente, se obtendrán mejores resultados. A día de hoy, la cirugía a aumentado el número de intervenciones y ha conseguido una mejor formación en el personal que desarrolla su trabajo en el área quirúrgica. Aplicar correctamente las posturas quirúrgicas.

Podrían considerarse posturas quirúrgicas básicas: Litotomía, Trendelenburg, Genupectoral y Morestin, aunque existen otras que también hay que tener en cuenta, Decúbito prono, Trendelenburg invertido, Decúbito lateral, Roser, Raquídea o de punción lumbar, Kraske o Jaknnite, Laminectomía y Craneotomía.

5 Discusión-Conclusión

Los cambios de postura de los pacientes anestesiados deben hacerse de forma lenta, para permitir que el aparato circulatorio se adapte a los cambios de la circulación de la sangre. Para proteger la seguridad del paciente debemos:

- Traspasar al paciente de la camilla a la mesa de operaciones, asegurándonos que lo hacemos correctamente.
- Comprobar la colocación adecuada en la mesa de operaciones, evitando posturas forzadas y asegurándonos una buena sujeción.
- Comprobar periódicamente la posición y los dispositivos de apoyo (correas, apoya cabeza, etc.) durante la intervención.

6 Bibliografía

- Estrella Pérez, Alicia. Conocimientos básicos y funciones del celador, formación continuada, Logoss 10ª edición.
- Cayuela Parra, P. enfermería en quirófano, formación continuada, Logoss 10ª edición.
- Manual Practico de instrumentación quirúrgica en enfermería Elsevier.
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
- https://www.scielo.org/es/
- https://medlineplus.gov/spanish/

Capítulo 125

CAUSAS PREANALÍTICAS NO ENDÓGENAS DE HEMÓLISIS EN MUESTRAS SANGUÍNEAS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

NOEMÍ GÓMEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La hemólisis es el proceso de destrucción de los hematíes, que conlleva la liberación del contenido intraeritrocitario en el plasma, siendo la principal molécula liberada la hemoglobina. Se suele definir la hemólisis como la aparición en plasma de más de 0,3 g/l de hemoglobina, que se considera la concentración mínima detectable visualmente.

La lipemia, la ictericia y la hemólisis son las principales interferencias endógenas, ya que son componentes que aparecen de forma natural en sangre, pero su elevación interfiere en la exactitud de las determinaciones analíticas.

La destrucción de hematíes puede ser debida a patologías del paciente (anemias hemolíticas autoinmunitarias, reacciones transfusionales, infecciones, coagulación intravascular diseminada, etc), causa que no se puede controlar en el laboratorio, pero también se puede deber a otras causas dependientes de la extracción de la muestra, transporte o centrifugación.

La hemólisis es la principal causa de rechazo de muestras, porque puede generar resultados erróneos en muchas de las determinaciones habituales que requieren suero o plasma, pudiendo tener graves consecuencias para el paciente.

2 Objetivos

Identificar las causas de hemólisis en muestras sanguíneas que no son de causa endógena al paciente y que se producen en la fase preanalítica.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica sistemática de artículos y publicaciones científicas revisadas disponibles en las principales bases de datos: Elsevier, Medline, Slideshare.
Se emplearon como descriptores: hemólisis, fase preanalítica, extracción muestra sanguínea, transporte, centrifugación. Se emplearon como criterios de inclusión textos escritos en idioma castellano e inglés, y se excluyeron aquellos que carecieran de acceso gratuito.

4 Resultados

La causa de aparición de hemólisis más frecuente en muestras se produce en la fase preanalítica, antes de la llegada al laboratorio, principalmente en la obtención de la muestra, pero también en la fase de transporte y procesamiento.

Entre las causas de hemólisis relacionadas con las técnicas de extracción sanguínea, cabe destacar:
- Usar jeringuillas para la extracción y posteriormente trasvasar a tubos de vacío se ha identificado como causa de hemólisis en algunos estudios. La hemólisis se produce por la fricción de los hematíes en la aguja debido a la presión en el émbolo durante la extracción o el trasvase. Esta acción produce hasta 4 veces más hemólisis.
- El llenado incompleto de tubos con vacío: Los tubos no llenados correctamente se hemolizan más frecuentemente durante el transporte o la centrifugación.
- El calibre de la aguja o catéter utilizado para la recolección.
- El calibre de la vena: La punción en venas de pequeño calibre o venas frágiles puede producir hemólisis. Si la vena se traumatiza puede suceder que el primer tubo presente hemólisis y no los demás.
- La incorrecta elección del sitio de punción venosa: Evitar zonas con hematomas. La punción en mano o antebrazo aumenta su incidencia más de 3 veces, siendo la fosa antecubital la adecuada.

- El prolongado tiempo de permanencia del torniquete o presión excesiva del torniquete: Algunos artículos indican que clásicamente se ha relacionado la hemólisis con el tiempo de permanencia del torniquete y la presión de éste pero declaran la no existencia de evidencias en la literatura de la presente hipótesis.
- La limpieza del lugar de venopunción con alcohol sin permitir que se seque: Al realizar la punción sin que se haya secado el alcohol puede producir que se transfiera este de la aguja a la muestra produciendo hemólisis.
- La obtención de la muestra mediante un flujo sanguíneo lento.
- La excesiva energía aplicada para mezclar la sangre con el anticoagulante: Los tubos deben mezclarse con movimientos suaves y en el momento de la obtención de la muestra.

Las causas de hemólisis en el transporte de la muestra son:
- El uso de tubos neumáticos: La muestra más susceptible de hemólisis es el tubo de suero. El grado de hemólisis aumenta (aumento de hemoglobina de 0,04 a 0,16 g/l). Pero la mayoría de los estudios no encuentran alteración significativa en los resultados analíticos.
- Las temperaturas extremas: los cambios bruscos de temperatura que podrían ser causa de hemólisis. Tanto temperaturas demasiado altas como demasiado bajas, pueden romper las membranas celulares.

Durante el procesamiento de las muestras también se puede provocar la aparición de la hemólisis debido a:
- Tiempo entre recogida y centrifugación: El contacto de los hematíes con el suero en las muestras sin separar produce un deterioro en la muestra apareciendo hemólisis.
- Temperatura durante la centrifugación: centrifugar en frío sólo deber realizarse en las determinaciones que se precise ya que puede producir el fenómeno tratado aquí.
- Fuerza centrífuga: Se debe utilizar una fuerza centrífuga adecuada a las indicaciones del fabricante del tubo.

5 Discusión-Conclusión

El rechazo de muestras en el laboratorio conlleva la insatisfacción del paciente y la frustración del personal encargado de la extracción de muestras así como del laboratorio; esto lleva a la imposibilidad de obtener resultados analíticos solicitados por el médico o de obtenerlos, están alterados, lo que supone la realización de una nueva petición analítica y una nueva extracción de la muestra.

La interferencia por hemólisis es uno de los problemas más habituales, complejos y persistentes en las determinaciones de laboratorio, muy estudiado con el fin de poner remedio al problema.

Es muy importante la toma de muestras, el tiempo que tarda la muestra en llegar al laboratorio, las condiciones de transporte y cómo se procesan, ya que la hemólisis que se puede generar provoca resultados erróneos elevados causando daños al paciente.

En varios artículos revisados se indica la dificultad de minimizar las muestras hemolizadas en los servicios de urgencias hospitalarias por ser áreas de alta presión asistencial que influye en el personal encargado de la extracción sanguínea. También indican que es importante la formación adecuada en la extracción sanguínea del personal de enfermería.

Respecto al laboratorio, la bibliografía revisada concluye la necesidad de la adecuada detección sistemática de la hemólisis en el laboratorio, la cual se lleva a cabo por la utilización de los índices séricos, disponibles en los equipos de bioquímica actuales, que asegura una detección fiable de estas muestras. También se incluye la necesidad de tener protocolos con las acciones a tomar frente a estas muestras.

6 Bibliografía

1. Sara Maali Centeno (DUE Complejo Hospitalario de Navarra). Mª Teresa Sánchez Giménez (DUE Complejo Hospitalario de Navarra). Torniquete como causa de hemólisis y pseudohiperpotasemia. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com – ISSN 1886-8924
2. Gómez Rioja R, Alsina Kirchner MJ, Álvarez Funes V, Barba Meseguer N, Cortés Rius M, Llopis Díaz MA, et al. Hemólisis en las muestras para diagnóstico. Revista del Laboratorio Clínico. octubre de 2009;2(4):185-95. Disponible en: www.elsevier.es/LabClin
3. LASC Notes. Notas Pre Analíticas N°3 – 2014.Revisado y editado por el Consejo Editorial del Comité Científico Preanalítico de Latinoamérica para BD. Revisor: T.M. Carlos Vega
4. Riesgo de hemólisis en la extracción de analítica a través de un catéter venoso periférico mediante campana (vacutainer) vs directamente del catéter. Murciasalud, 2013. Disponible en http://www.murciasalud.es/preevid/19323
5. Herrera García, Paola Celaya. La hemólisis en muestras sanguíneas. Insti-

tuto Tecnológico De Celaya; Ingeniería Bioquímica Fundamentos de la Investigación: La Hemólisis. Disponible en: https://es.slideshare.net/PaoLaGarcia11/la-hemolisis-en-muestras-sanguineas

Capítulo 126

ANTICONCEPCIÓN Y CONTROL DE LA NATALIDAD

MACARENA RODRIGUEZ RICO

1 Introducción

El control de la natalidad, también conocido como anticoncepción, está diseñado para prevenir el embarazo. Los métodos anticonceptivos son las principales herramientas de planificación familiar y de control de natalidad. Para saber qué método adoptar, ya sea la mujer o el hombre, se debe seguir el consejo de un médico, que tendrá en cuenta el perfil del paciente y también posibles enfermedades asociadas. Estos métodos nos aportan la capacidad de controlar la propia reproducción y la capacidad de tener hijos en el momento y de la manera que garantice mejor la salud futura del niño, la familia y la comunidad.

2 Objetivos

Informar sobre los distintos tipos de métodos anticonceptivos

3 Metodología

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

4 Resultados

El método anticonceptivo es cualquier método usado para prevenir el embarazo. Otra forma de decir método anticonceptivo es anticoncepción. Si tiene relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos, existe la posibilidad de que pudiera quedar embarazada. Esto es así incluso si aún no ha empezado a tener períodos menstruales o si se está acercando a la menopausia .La única forma segura de prevenir el embarazo es no tener relaciones sexuales. Pero encontrar un buen método anticonceptivo que pueda utilizar cada vez puede ayudarla a evitar un embarazo no planeado.

Los métodos anticonceptivos más utilizados, en general, son los anticonceptivos reversibles, como son la píldora, el parche, el anillo y la inyección anticonceptiva. El anticonceptivo más utilizado en el mundo es la píldora combinada el uso diario que es una pastilla de fácil acceso, disponibles en diversas formas y sobre la que hay numerosos estudios. Hay muchos tipos de métodos anticonceptivos. Cada uno tiene ventajas y desventajas. Aprender acerca de todos los métodos la ayudará a encontrar uno que sea adecuado.

-Los métodos hormonales incluyen las pastillas anticonceptivas, las inyecciones, el parche cutáneo, el implante y el anillo vaginal. También existe un DIU hormonal que libera una cantidad pequeña de hormonas. Los métodos anticonceptivos que utilizan hormonas son muy buenos para prevenir el embarazo.

-Los dispositivos intrauterinos (DIU) se insertan en el útero.

-Los métodos de barrera incluyen condones (preservativos), diafragmas y esponjas. En general, estos no previenen el embarazo tan bien como los DIU o los métodos hormonales. Debe usar métodos de barrera cada vez que tenga relaciones sexuales.

-La planificación familiar natural (que también se llama método del calendario de fertilidad) puede ser eficaz si el usuario y su pareja son muy cuidadosos. Tendrá que mantener buenos registros para saber cuándo es fértil. Y durante las épocas que sea fértil, tendrá que evitar tener relaciones sexuales o usar un método de barrera.

-Los métodos anticonceptivos permanentes (esterilización) le proporcionan una protección duradera contra el embarazo. Un hombre se puede realizar una vasectomía o una mujer se puede realizar una atadura de trompas (ligadura de trompas). Pero esto es solo una buena opción si se tiene la certeza de que no se desea tener hijos (o no se desean más hijos).

-La anticoncepción de urgencia es un método alternativo de seguridad para prevenir el embarazo en caso de que usted olvide usar un anticonceptivo o el condón

se rompa.

Para que los métodos hormonales y los de barrera funcionen mejor tiene que utilizarlos exactamente como su médico o las instrucciones lo indiquen. Aun así, pueden ocurrir accidentes. Por lo tanto, es recomendable tener métodos anticonceptivos de urgencia a la mano como protección de respaldo.

5 Discusión-Conclusión

El mejor método anticonceptivo es el que la protege cada vez que tiene relaciones sexuales, y con muchos tipos de métodos anticonceptivos, depende de lo bien que los use.

6 Bibliografía

1. https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/contraception/investigaciones/objetivos
2. https://metodoss.com/anticonceptivos/
3. https://www.cigna.com/individuals-families/health-wellness/hw-en-espanol/temas-de-salud/metodos-anticonceptivos-hw237864
4. https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/birth-control/in-depth/birth-control-options/art-20045571

Capítulo 127

ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO Y NO SANITARIO

MAITE CARRIO GONZÁLEZ

1 Introducción

El acoso laboral se ha determinado como un progresivo componente de tirantez laboral entre los profesionales sanitarios. Consta de una recopilación de comportamientos violentos de una persona o un grupo contra otra, se pueden dar en todos los ambientes, entre ellos el profesional. Este patrón de actuación típico, hacen alusión al abuso psicológico, intimidación a la persona e incluso al trauma.

2 Objetivos

- Analiza el cometido sobre el acoso entre profesionales sanitarios, causas de riesgo y resultados.
- Orientar las funciones protectoras a eludir en la mayor cantidad posible la manifestación de los conflictos.

3 Metodología

Se realiza una exploración bibliográfica mostrando una investigación en fuentes de documentos (artículos científicos, libros y revistas). Se emplean como descriptores las palabras claves (acoso, profesionales, etc.).

4 Resultados

El propósito de la función es observar la correlación verdadera en medio de la imagen del acoso laboral y la responsabilidad que ayude al trabajador de cuidar activamente la vida y salud de los empleados. Existe una elevada proporción de acoso, sobre todo, la intervención más usual es el aislamiento comunicativo y la vergüenza personal.

5 Discusión-Conclusión

Predomina la insuficiente elaboración científica de la materia y la obligación de desarrollar estudios para conseguir referencias mas reales que contribuyen a una representación verdadera de la situación. El acoso laboral influye en un vinculo y una recuperación laboral, es imprescindible escuchar la evolución que daña la salud física y sensible de quienes lo soportan.

6 Bibliografía

1. Santana Vega, D.M. (2013). El nuevo delito de acoso laboral.
2. Domínguez Fernández, J.M. (2010). Estrés laboral por acoso moral en el trabajo y síndrome de Burnout y su relación con el autoconcepto, la adaptación de conducta y la personalidad en trabajadores de atención a la salud.
3. Zarco Martín, V. (2011). El acoso laboral: una relectura desde la Psicología Social.
4. Martos Martínez, A. (2018). Análisis de los factores de riesgo y protección del Burnout en profesionales de la salud.
5. Lanata Fuenzalida, R. (2018). El acoso laboral y la obligación de seguridad en el trabajo.

Capítulo 128

EL CUIDADO DEL PÚBLICO EN EL SISTEMA SANITARIO

MAITE CARRIO GONZÁLEZ

1 Introducción

La importancia de un sistema se explica como el rasante en que los resultados satisfacen con las demandas del público. Las prestaciones de la salud, se comprometerán a encarar diferentes rivalidades, influencias y advertencias, para conseguir continuar y extender la importancia en las funciones establecidas.

2 Objetivos

-Desenvolver una formación de sublimidad de la asistencia en la cual se encuadra la inestable combinación que señalan y se conducen a la cualidad en el funcionamiento.
-Observar las formaciones ejecutados en el sistema sanitario con un sentido de la apreciación y posibilidad de la prestación.

3 Metodología

Una revisión bibliográfica sometida a evaluación de fuentes primarias. Como descriptores se han utilizada palabras clave: calidad de la atención al público, satisfacción del paciente y sistema sanitario.

4 Resultados

La atención al público del sistema sanitario, tiene que señalar en lo viable a la sanidad de sus habitantes, aprovechando la figura más eficaz cercana y ecuánime de los procesos utilizables. Esto no se logra alcanzar sin que la atención al público sea decisiva y para ello es necesario que sea correctamente proporcionada en previsión y sus competentes conserven elevadas alturas de inteligencias de resolución, como establecerse y como emplear las demandas utilizadas.

5 Discusión-Conclusión

Hay descontento en toda la condición de la asistencia del sistema sanitario. Este empuje procede a la duración alargada de demora para ser atendidos, a la informalidad del horario de atención, los insuficientes medicamentos y la apariencia material de las ubicaciones de la organización. Los beneficiarios están más complacidos con la capacidad de seguridad y empatía. A pesar de ello se encuentra descontento en el volumen de extensión de réplica, honestidad y apariencia evidente.

6 Bibliografía

1. Antonio Blanco Prieto. Ediciones Pirámide. Madrid 2008.
2. Luís Carlos Martínez Aguado. Reedición 2008.
3. Jacques Horovitz. Pearson Educación, SA. 2004.
4. Joan Elías. Ediciones Gestión 2000. 2000.
5. J.J. Sarrado -soldevila. X. Cleries. M. Solá Pola. Viguera Editores. 2011.

Capítulo 129

CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO

FÁTIMA LÓPEZ JARA

1 Introducción

Cáncer de cuello de útero o cérvix, ¿qué es?
El cáncer de cuello uterino también se conoce como cáncer cervical o cáncer de cérvix. Como sucede con la mayoría de los cánceres, se les da el nombre por la parte del cuerpo en donde se desarrollan. Los cánceres de cérvix o cuello del útero se clasifican de acuerdo al tipo de células donde empezaron. La mayoría de los cánceres del cuello del útero son carcinomas de células escamosas. Las células escamosas son delgadas, planas, y forman la superficie del cuello uterino.

Origen del tumor maligno de cuello uterino:
El tumor maligno de cuello uterino es diferente del cáncer que empieza en otras partes del útero y tiene una evolución, pronóstico y tratamiento específico.

El cáncer de cérvix, como el resto de tumores se origina por cambios o mutaciones en el ADN de las células. El ADN de una célula se encuentra situado en los genes. Cada uno es responsable de una serie de instrucciones que son fundamentales en el funcionamiento normal tanto de la célula como del órgano. Estos genes, indican a la célula cómo crecer, cuándo deben dividirse y cuándo deben frenar su crecimiento (genes supresores de tumores).

Las células cancerosas pueden perder el control de estos procesos debido a una mutación en un gen supresor, por lo que continúan creciendo y dividiéndose de forma descontrolada.

Otro mecanismo alterado puede ser la reparación de ADN. Los genes de reparación del ADN buscan errores en el ADN y lo reparan. Una mutación en uno de estos genes puede significar que no se corrigen errores y esto puede generar una célula tumoral.

Principios de cáncer de cuello uterino:
Antes del desarrollo definitivo de un cáncer de cérvix, aparecen cambios premalignos en las células, incluso años antes. Estos cambios premalignos pueden denominarse de varias formas: displasia o neoplasia intraepitelial cervical (CIN). Se dividen en:
-Neoplasia intraepitelial cervical (CIN 1) o lesión escamosa intraepitelial de bajo riesgo o grado (LSIL), que afecta a menos de 1/3 del grosor epitelial: aproximadamente 70% de las lesiones CIN 1 desaparecen, mientras que alrededor de 6% evolucionan a CIN 3 o más. En general el CIN 1 no requiere tratamiento.
-Neoplasia intraepitelial de grado medio (CIN 2) o lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL): el epitelio está engrosado. La mayoría de estas pacientes requiere tratamiento, aunque ocasionalmente puede desaparecer.
-Carcinoma in situ (CIN 3) o (HLIL): todo el epitelio está afectado. Es difícil diferenciar (CIN 3) y carcinoma in situ o adenocarcinoma in situ (AIS). Todas las pacientes requieren tratamiento.
-Aproximadamente entre un 10 a un 20% de las mujeres con lesiones CIN 3 evolucionan a cáncer invasivo. En general, el tiempo promedio de progresión del CIN 3 hacia un cáncer invasivo se calcula entre 10 y 15 años.

¿En qué consiste el cáncer de cuello uterino y cómo se desarrolla?:
El cáncer de cuello uterino consiste en la aparición y crecimiento de células tumorales en la parte baja del útero, que conecta con la vagina. La causa más importante en la aparición de este tumor es la infección por el virus de papiloma humano (VPH), una infección de transmisión sexual.

Crecimiento local:
El crecimiento local se produce por extensión directa hacia la vagina, con menos frecuencia hacia el cuerpo del útero. Asimismo, puede crecer hacia los lados invadiendo los ligamentos que unen el útero a las paredes de la pelvis. Si crece hacia delante o hacia la parte posterior puede invadir la vejiga o el recto (aunque esto suele ser un proceso tardío).

Diseminación linfática:
El útero posee una rica red de vasos linfáticos que permiten el drenaje de la linfa a múltiples regiones ganglionares. Esta diseminación linfática se realiza de forma

ordenada y se relaciona con el crecimiento del tumor, es decir cuanto mayor es el crecimiento local del tumor, mayor es el riesgo de invasión linfática.

Duiseminación hematógena:
Esta diseminación es muy poco frecuente. Cuando aparece se produce a través de los vasos sanguíneos, preferentemente hacia el hígado, los pulmones y los huesos.

Incidencia del cáncer de cérvix:
La incidencia del cáncer de cérvix es el número de casos nuevos de cáncer de cérvix que se diagnostican en un determinado periodo (generalmente es anual) en una población concreta.

El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente en mujeres después del de mama en el mundo (con aproximadamente 500.000 nuevos casos al año) y el quinto de todos los cánceres.

Existe una gran diferencia en incidencia y mortalidad entre los países más y menos desarrollados: mientras en estos últimos es el segundo tumor en frecuencia, tras el cáncer de mama, en los países desarrollados su frecuencia ha disminuido drásticamente en las últimas décadas.
En muchos países del tercer mundo, el cáncer de cérvix es la primera causa de mortalidad por cáncer entre las mujeres, por delante incluso del cáncer de mama.

El cáncer de cérvix en España:
En España se diagnostican unos 2.100 casos anuales de cáncer de cérvix, lo que representa el 3,3% de los tumores femeninos, por detrás de los tumores de mama, colorrectales, estómago, cuerpo de útero, ovario y hematológicos.

La incidencia en España se puede considerar muy baja (tasa ajustada mundial en 2002: 7,6 nuevos casos/100.000 habitantes/año), con un descenso muy importante desde los años 60, aunque actualmente está estabilizada.

En España ocurren unos 2000 casos de cáncer de cuello uterino por año. Se producen entre 700 y 800 muertes, lo que viene a significar un mínimo promedio de 2 muertes diarias.

Frecuencia de la edad del cáncer de cérvix:
La edad media de diagnóstico es de 48 años, aunque aproximadamente el 47% de las mujeres con carcinoma invasivo de cérvix se diagnostica antes de los 35 años. Solo el 10% de los diagnósticos se hacen en mujeres mayores de 65 años. Aunque

es un tumor propio de las edades medias de la vida, hay un número significativo de casos desde los 30 años.

2 Objetivos

Dar a conocer el proceso hospitalario que hay detrás del cáncer de cérvix desde el cribado hasta todo tipo de tratamientos, incluido el tratamiento quirúrgico.

3 Metodología

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

4 Resultados

Tipos de cáncer de cérvix:
El cuello uterino tiene dos partes diferentes y está cubierto con dos tipos diferentes de células: el endocérvix cubierta por células glandulares y el exocérvix (o ectocérvix) y está cubierta por células escamosas. Estos dos tipos de células se encuentran en un lugar llamado zona de transformación. Los dos tipos más frecuentes de cáncer de cérvix son el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma. El primero se localiza en el exocérvix y los segundos en el endocervix.
Los tipos de cáncer de cérvix son:
-Carcinoma epidermoide microfiltrante.
-Carcinoma escamoso infiltrante.
-Adenocarcinoma infiltrante
-Carcinoma adenoescamoso.

Carcinoma epidermoide microinfiltrante:
El carcinoma microinfiltrante se define como un tumor clínicamente inaparente que infiltra menos de 3 mm y se extiende en superficie menos de 7 mm y que no se acompañen de invasión vascular. Estas lesiones no deberían metastatizar nunca por lo que no precisan de ningún tratamiento adicional tras la extirpación quirúrgica.

Carcinoma escamoso infiltrante:
Entre un 80-90% de carcinomas del cérvix son escamosos. La mayoría se originan a partir de lesiones precursoras a la neoplasia intraepitelial cervical (CIN) de alto grado (CIN 2 y CIN 3). La causa del cáncer de cérvix uterino es el que desempeña el virus del papiloma humano (VPH): en el 99,7% de estas neoplasias se detecta ADN de VPH de alto riesgo, el más frecuente es el VPH16. De acuerdo a la clasificación de la OMS, los carcinomas epidermoides infiltrantes del cérvix uterino se pueden dividir en tres grandes categorías:
-Queratinizante de célula grande.
-No queratinizante de célula grande
-No queratinizante de célula pequeña.

Adenocarcinoma infiltrante:
La incidencia de este tipo de tumor ha ido aumentado en los últimos 20 años, en la actualidad supone el 15-25% de todos los carcinomas infiltrantes en esta localización. Este incremento es debido a la infección por el VPH y el uso de anticonceptivos orales. A diferencia del carcinoma epidermoide en el que el tipo más frecuente es el VPH 16, en el adenocarcinoma el tipo más frecuente es el VPH 18. Tipos de adenocarcinoma de cérvix uterino:
-Adenocarcinoma infiltrante mucinoso (de tipo endocervical): representa el 70% de los adenocarcinomas del endocérvix. La mayoría de los tumores son bien o moderadamente diferenciados.
-Adenocarcinoma endometrioide: supone alrededor del 30% de los adenocarcinoma del cérvix uterino y muestra las características histológicas del adenocarcinoma endometrioide del endometrio. Evidentemente, el principal diagnóstico diferencial se plantea con un tumor primario endometrial que se extiende al cérvix.
-Adenocarcinoma de células claras: se asocia a la exposición intrauterina al dietilestilbestrol (DES) y presentación en mujeres jóvenes. En estos tumores no se ha demostrado presencia de VPH.
-Adenocarcinoma de tipo enteroide (intestinal)
-Adenocarcinoma con células en anillo de sello: se trata de una variedad poco frecuente en su forma pura y es más habitual encontrar células en anillo de sello como hallazgo focal en un adenocarcinoma mucinoso pobremente diferenciado o en un carcinoma adenoescamoso.

Opciones de tratamiento para el cáncer de cuello uterino según la etapa:
La etapa (estadio) en que se encuentra el cáncer cervical es el factor más importante al elegir un tratamiento. Sin embargo, otros factores también pueden

afectar sus opciones de tratamiento, incluyendo la localización exacta del cáncer en el cuello uterino, el tipo de cáncer (de células escamosas o adenocarcinoma), su edad, su estado de salud general, y si desea tener hijos.

Opciones de tratamiento para el cáncer de cuello uterino según la etapa. Tratamiento según la etapa en la que esté:

1. Etapa IA1:
El tratamiento para esta etapa depende de si usted quiere tener hijos (fertilidad) y si el cáncer ha crecido hacia los vasos sanguíneos o los vasos linfáticos (invasión linfovascular).
-Opciones de tratamiento para las mujeres que desean conservar la fertilidad:
Una biopsia de cono es el procedimiento preferido para las mujeres que desean tener hijos después de tratar el cáncer. Si los bordes del cono no contienen células cancerosas (llamados márgenes negativos), la mujer puede estar bajo observación minuciosa sin tratamiento adicional siempre y cuando el cáncer no regrese. Si los márgenes de la biopsia de cono tienen células cancerosas (llamados márgenes positivos), entonces es posible que algo de cáncer haya quedado. Esto puede ser tratado con una biopsia de cono repetida o una cervicectomía (traquelectomía) radical. Si el cáncer ha crecido en los vasos sanguíneos o linfáticos, una opción de tratamiento es una biopsia de cono (con márgenes negativos) con la extirpación de los ganglios linfáticos pélvicos. Otra opción es una cervicectomía radical junto con la extirpación de los ganglios linfáticos pélvicos.
-Opciones de tratamiento para las mujeres que no desean conservar la fertilidad:
Una histerectomía simple puede ser una opción si el cáncer no muestra invasión linfovascular (no ha crecido en los vasos sanguíneos o linfáticos) y los bordes de la biopsia no tienen células cancerosas. Si los bordes de la biopsia tienen células cancerosas, una biopsia de cono repetida o una histerectomía radical con extirpación de los ganglios linfáticos pélvicos podrían ser una opción. Si el cáncer ha invadido a los vasos sanguíneos o linfáticos, es posible que necesite someterse a una histerectomía radical junto con la extirpación de los ganglios linfáticos pélvicos. A veces, la cirugía no se realiza y se utiliza radioterapia con rayo externo en la pelvis seguida de braquiterapia. Si ninguno de los ganglios linfáticos tiene cáncer, la radiación se puede seguir considerando como una opción aún si el tumor es grande, si el tumor ha crecido hacia los vasos sanguíneos o linfáticos, o si el tumor está invadiendo el tejido conectivo circundante que sirve de apoyo a órganos como el útero, la vejiga, la vagina (el estroma).

Por lo general, se recomienda radioterapia con rayo externo y quimioterapia

si el cáncer se ha propagado a los tejidos adyacentes al útero (parametrio) o a cualquier ganglio linfático, o si el tejido extirpado tiene márgenes positivos. El médico también puede recomendar braquiterapia después de haber recibido quimioterapia y radiación combinada.

2. Etapa IA2:
El tratamiento para esta etapa depende en parte de si usted quiere mantener su capacidad de tener hijos (fertilidad).
-Opciones de tratamiento para las mujeres que desean conservar la fertilidad:
A. Biopsia de cono (conización) con extirpación de los ganglios linfáticos pélvicos (disección de los ganglios linfáticos de la pelvis).
B. Cervicectomía (traquelectomía) radical con disección de los ganglios linfáticos de la pelvis.
-Opciones de tratamiento para las mujeres que no desean conservar la fertilidad:
A. Radioterapia con rayo externo (EBRT) a la pelvis y braquiterapia.
B. Histerectomía radical con extirpación de los ganglios linfáticos de la pelvis.

Si ninguno de los ganglios linfáticos tiene células cancerosas, la radiación puede ser una opción aún si el tumor es grande, si el tumor ha crecido hacia los vasos sanguíneos o linfáticos, o si el tumor está invadiendo el tejido conectivo circundante que sirve de apoyo a órganos como el útero, la vejiga, la vagina (el estroma). Por lo general, se recomienda radioterapia con rayo externo y quimioterapia si el cáncer se ha propagado a los tejidos adyacentes al útero (parametrio) o a cualquier ganglio linfático, o si el tejido extirpado tiene márgenes positivos. Su médico también puede recomendar braquiterapia después de haber recibido la quimioterapia y la radiación combinada.

3. Etapas IB y IIA:
A. Etapas IB1 y IB2:
-Opciones de tratamiento para las mujeres que desean conservar la fertilidad.
Cervicectomía (traquelectomía) radical con disección de los ganglios linfáticos pélvicos y a veces extirpación de los ganglios linfáticos paraaórticos
-Opciones de tratamiento para las mujeres que no desean conservar la fertilidad.
La histerectomía radical con extirpación de ganglios linfáticos en la pelvis y algunos ganglios linfáticos del área paraaórtica. Si ninguno de los ganglios linfáticos tiene cáncer, la radiación se puede considerar como una opción aún si el tumor es grande, si el tumor ha crecido hacia los vasos sanguíneos o linfáticos, o si el tumor está invadiendo el tejido conectivo circundante que sirve de apoyo a órganos como el útero, la vejiga, la vagina (el estroma). Por lo general

se recomienda radioterapia con rayo externo y quimioterapia si el cáncer se ha propagado a los tejidos próximos al útero (parametrio) o a cualquier ganglio linfático, o si el tejido extirpado tiene márgenes positivos. El médico también puede recomendar braquiterapia después de haber recibido la quimioterapia y la radiación combinada. La radiación mediante la combinación de braquiterapia y radioterapia con rayo externo puede ser una opción si una mujer no está lo suficientemente saludable como para la cirugía o si ella decide que no quiere someterse a cirugía La quimioterapia (quimio) se puede administrar con radiación (quimiorradiación simultánea).
B. Etapa IIA1:
-Opciones de tratamiento:
Histerectomía radical con disección de los ganglios linfáticos pélvicos y toma de muestras de los ganglios linfáticos paraaórticos: si se encuentran células cancerosas en los ganglios linfáticos extraídos, o en los bordes del tejido extirpado (márgenes positivos), el tratamiento es cirugía seguida de radioterapia que se administra a menudo con quimio (quimiorradiación simultánea). Radiación con o sin quimioterapia: La radioterapia incluye tanto radiación externa como braquiterapia. La quimioterapia puede ser cisplatino, carboplatino, o cisplatino con fluorouracilo.

4. Etapas IB3 y IIA2:
-Opciones de tratamiento:
Quimiorradiación: la quimioterapia puede ser cisplatino, carboplatino, o cisplatino con fluorouracilo. La radioterapia incluye tanto radiación externa como braquiterapia. Histerectomía radical con disección de los ganglios linfáticos pélvicos y toma de muestras de los ganglios linfáticos paraaórticos: si se encuentran células cancerosas en los ganglios linfáticos extraídos, o en los bordes del tejido extirpado (márgenes positivos), el tratamiento es cirugía seguida de radioterapia que se administra a menudo con quimio (quimiorradiación simultánea).
Quimiorradiación seguida de una histerectomía.

5. Etapas IIB, III, IVA:
-Opciones de tratamiento:
Quimiorradiación: la quimioterapia puede ser cisplatino, carboplatino, o cisplatino con fluorouracilo. La radioterapia incluye tanto radiación externa como braquiterapia.

6. Etapa IVB:
En esta etapa, el cáncer se ha propagado de la pelvis a otras partes del cuerpo. La

etapa IVB del cáncer cervical generalmente no se considera curable. Las opciones de tratamiento incluyen radioterapia con o sin quimioterapia para tratar de desacelerar el crecimiento del cáncer o ayudar a aliviar los síntomas. La mayoría de los regímenes de quimioterapia convencionales incluyen un medicamento que contiene platino (cisplatino o carboplatino) junto con otro medicamento, como paclitaxel (Taxol), gemcitabina (Gemzar) o topotecán. El medicamento de terapia dirigida llamado bevacizumab (Avastin) puede añadirse a la quimioterapia, o la inmunoterapia sola con pembrolizumab (Keytruda) también puede ser una opción.

Se están llevando a cabo estudios clínicos para probar otras combinaciones de medicamentos quimioterapéuticos, así como algunos otros tratamientos experimentales.

Cáncer de cuello uterino recurrente:
A un cáncer que regresa después del tratamiento se le llama cáncer recurrente. El cáncer puede reaparecer localmente (en o cerca de donde se originó, como el cuello uterino, el útero o los órganos pélvicos adyacentes) o puede regresar en áreas distantes (como en los pulmones o los huesos).

Si el cáncer ha reaparecido solo en el centro de la pelvis, una cirugía extensa (como la exenteración pélvica) puede ser una opción para algunas pacientes, y ofrece la mejor oportunidad para curar posiblemente el cáncer (aunque puede causar efectos secundarios importantes). La radioterapia (a veces administrada con quimioterapia), puede ser otra opción. De no ser así, la quimioterapia, la inmunoterapia o la terapia dirigida se pueden usar para desacelerar el crecimiento del cáncer o ayudar a aliviar síntomas, pero no se espera que curen el cáncer.

Independientemente del tipo de tratamiento que recomiende su médico, es importante que usted entienda el objetivo del tratamiento (ya sea tratar de curar el cáncer, controlar su crecimiento o aliviar los síntomas), así como sus posibles efectos secundarios y limitaciones. Por ejemplo, algunas veces la quimioterapia puede mejorar su calidad de vida, y otras veces la podría empeorar. Es necesario que discuta esto con sus doctores.

Actualmente se están llevando a cabo estudios clínicos para evaluar nuevos tratamientos que pudieran beneficiar a aquellas pacientes con recurrencia a distancia del cáncer de cuello uterino.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de útero se puede tratar de varias formas. El tratamiento depende del tipo de cáncer de útero y de cuánto se haya extendido. Los tratamientos incluyen cirugía, radioterapia, terapia hormonal y quimioterapia:
-Cirugía: el médico extirpa el tejido canceroso por medio de una operación.
-Radioterapia: el uso de radiación de alta intensidad (similar a los rayos X) para matar el cáncer.
-Terapia hormonal: la terapia hormonal elimina hormonas o bloquea su acción y detiene el crecimiento de las células cancerosas. Las hormonas son sustancias producidas por las glándulas del organismo que circulan en el torrente sanguíneo.
-Quimioterapia: tratamiento que utiliza medicinas especiales para reducir el tamaño del tumor o eliminarlo. Estos medicamentos pueden administrarse en píldoras o por vía intravenosa y, en ocasiones, de ambas maneras.

Estos tratamientos los administran los diferentes doctores que forman parte del equipo médico a cargo del paciente de cáncer.
-Los ginecólogos oncólogos son médicos especializados en tratar los cánceres del aparato reproductor femenino.
-Los cirujanos son los médicos que realizan las operaciones.
-Los oncólogos son médicos que tratan el cáncer con medicamentos.
-Los oncólogos radiólogos son los médicos que aplican radioterapia para tratar el cáncer.

6 Bibliografía

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

ciencia
sanitaria

cienciasanitaria.es