

Hospitalarias, Extrahospitalarias y Domicilarias

IX LECCIONES EN URGENCIA Y EMERGENCIAS



ciencia
sanitaria



SOCIFOSA

sociedad científica
española de
formación sanitaria



IX Lecciones en Urgencias y Emergencias



ciencia
sanitaria



SOCIFOSA

sociedad científica
española de
formación sanitaria

IX Lecciones en Urgencias y Emergencias

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 incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.

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

ISBN: 978-84-18126-21-5

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

Producción editorial e impresión: MAJFM S.L.

Índice

1	POINT-OF-CARE ULTRASOUND (POCUS). SU AVANCE E IMPORTANCIA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ACTUALES PABLO VIDAL NAVARRO, ALEJANDRA QUESADA NAVARRO, BEATRIZ IBAÑEZ ANDRÉS, SONIA MARTÍNEZ MARTÍNEZ Y MARÍA BELÉN ORTUÑO MARTÍNEZ	3
2	SEROMA DE MOREL LAVALLÉE A PROPÓSITO DE UN CASO VICTORIA FERNANDEZ MENENDEZ Y CLARA FERNÁNDEZ PEREDA	9
3	INTOXICACIÓN DE MONÓXIDO DE CARBONO A PROPÓSITO DE UN CASO VICTORIA FERNANDEZ MENENDEZ Y CLARA FERNÁNDEZ PEREDA	13
4	CONTENCIÓN MECÁNICA EN URGENCIAS RAQUEL AZCONA EGUINO, ELENA HORTAL SAINZ DE UGARTE Y BELÉN ARBIZU FERNÁNDEZ	17
5	NOVEDADES EN EL MANEJO DEL CÓLICO NEFRÍTICO: COMBATIENDO EL DOLOR CAYETANA ARIAS ARIAS	21
6	PROPUESTA DE UNA TARJETA DE TRIAJE UNIFICADA PARA INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA VOLUNTARIA BEATRIZ IBAÑEZ ANDRÉS, SONIA MARTÍNEZ MARTÍNEZ, MARÍA BELÉN ORTUÑO MARTÍNEZ, PABLO VIDAL NAVARRO Y ALEJANDRA QUESADA NAVARRO	25
7	CASO CLÍNICO DE PACIENTE CON DESPRENDIMIENTO DE RETINA NEUROSENSORIAL MARIA ELIAZAR GARCIA MARTINEZ Y OLGA LOPEZ LONGEDO	33

8	MANEJO DE LA VÍA AÉREA CLAUDIA MOLINA VILLÉN	37
9	URGENCIAS: UN RECURSO VITAL RAQUEL HERNÁNDEZ SIERRA	49
10	ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DURANTE UNA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS VERÓNICA ÁLVAREZ DÍAZ	53
11	PROTOCOLO DE ENFERMERÍA: RETIRADA DE UNA SONDA NASOGÁSTRICA PATRICIA VICENTE ARÉVALO	57
12	CASO CLÍNICO: BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA EN UNA PACIENTE PEDIÁTRICA VIRTUDES OTERO SÁNCHEZ Y JOSÉ JORGE SANCHEZ FERNANDEZ	61
13	ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON HIPOGLUCEMIA CRISTINA ALONSO BELOSO, ADRIANA RODRÍGUEZ PAREDES, CRISTINA TORREALBA ROBLES Y MARIA LEONOR TORREALBA ROBLES	67
14	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: INDICACIONES DE LA EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS ALBA MARÍA PASTOR TUÑÓN, ADA AGUDIN MARTÍNEZ, SARA MARIA GARCIA FERNANDEZ Y ANA ALVAREZ BUSTO	71
15	VÍA INTRAÓSEA: UNA ALTERNATIVA EN LA URGENCIA MARÍA GARBAYO BERRADRE, VERONICA MIRANDA SANTAFÉ Y IRANZU MARTÍNEZ PEREZ	79
16	LOS AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS M ^a PILAR RUIZ CRESPO, VERONICA PULIDO LOBERA, ANA MARGARITA HERNANDEZ SANCHEZ Y SUSANA DIAZ DIAZ	87
17	ATRAGANTAMIENTO EN NIÑOS CRISTINA CAMPO GEIJO Y KATIA MARTINEZ LOPEZ	89

18	LOS CUIDADOS DEL TCAE EN EL TRASTORNO BIPOLAR DE PSIQUIATRÍA SONIA GUTIERREZ RODRIGUEZ Y MARIA BEDELINA GRANDA ARIAS	91
19	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS ALEJANDRO ALONSO FERNANDEZ	97
20	CASO CLÍNICO CÓLICO NEFRÍTICO KATIA MARTINEZ LOPEZ Y CRISTINA CAMPO GEIJO	101
21	QUEMADURAS ELÉCTRICAS MARIA ALONSO ARIAS	105
22	ESCALA DE CINCINNATI EN EL ICTUS INÉS MARIA LOMBARDÍA IGLESIAS	107
23	TRATAMIENTO EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO INÉS MARIA LOMBARDÍA IGLESIAS	109
24	TRATAMIENTO ANTE LAS JAQUECAS INÉS MARIA LOMBARDÍA IGLESIAS	111
25	PSICOPATOLOGÍA RELACIONADA CON EL ENTORNO LABORAL MARÍA DEL CARMEN GARCÍA FONTÁN Y ARANZAZU PIDAL CANDÁS	113
26	PACIENTE PSIQUIÁTRICO EN URGENCIAS MARIA JOSEFA GARCIA GUTIÉRREZ	117
27	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL ALBA RODRIGUEZ COYA Y SANDRA ÁLVAREZ BARBON	121
28	SOPORTE VITAL BÁSICO EN EL ÁMBITO DE URGENCIAS SANDRA RODRIGUEZ FERNANDEZ	125

29 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: TIPOS DE DIETAS SEGÚN SU CONTENIDO CALÓRICO AIDA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ	129
30 LA IMPORTANCIA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y FORMACIÓN DE LA POBLACIÓN EN MATERIA DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PILAR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MARIA DEL ACEBO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Y COVADONGA URÍA BERMÚDEZ	131
31 LA ASISTENCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CATETERISMO CARDÍACO. MONITORIZACIÓN MARIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, ÁNGELA GUINALDO BORGES, ELENA PARRADO, VERÓNICA CRISTÓBAL LUCAS Y TAMARA LÓPEZ ROMERO	135
32 CUIDADOS AUXILIARES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A PACIENTES INTERVENIDOS MEDIANTE ESTERNOTOMÍA ELENA PARRADO, MARIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, ÁNGELA GUINALDO BORGES, TAMARA LÓPEZ ROMERO Y VERÓNICA CRISTÓBAL LUCAS	139
33 ENFERMEDAD DE WILSON JUAN EUSEBIO CANO HERRERA, JOSE MANUEL SERNANDEZ FUENTE, MARÍA AMOR MARTÍNEZ FERNÁNDEZ Y MARÍA ALIA FERNÁNDEZ LÓPEZ	143
34 PERSONAL SANITARIO: LA FATIGA COMO FACTOR DE RIESGO ANTE UN ACCIDENTE LABORAL NATALIA VÁZQUEZ RODRÍGUEZ	145
35 PRUEBA DE LA TROPONINA PARA EL DIAGNOSTICO DEL INFARTO DE MIOCARDIO TAMARA REGUERA GONZALEZ Y LAURA IZQUIERDO SUAREZ	149

36	TSID: UROGRAFÍA INTRAVENOSA, CONTRAINDICACIONES MARÍA JOSÉ FAMOS FERNÁNDEZ, CRISTINA RODRÍGUEZ MANZANO, DOLORES LAGUNA DÍAZ Y MARIA ROSARIO RIVERA GONZALEZ	153
37	TIPO DE FRACTURAS CRISTINA RODRÍGUEZ MANZANO, MARÍA JOSÉ FAMOS FERNÁNDEZ, MARIA ROSARIO RIVERA GONZALEZ Y DOLORES LAGUNA DÍAZ	157
38	LAVADO DE MANOS DEL PERSONAL SANITARIO LUCÍA TUÑÓN FERNÁNDEZ Y YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE	161
39	HIGIENE POSTURAL EN EL PERSONAL SANITARIO LUCÍA TUÑÓN FERNÁNDEZ Y YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE	165
40	EL CELADOR EN PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN MARIA ISABEL FERNANDEZ JIMENEZ	167
41	LOS CELADORES EN EL ÁREA DE URGENCIAS: TRASLADAMOS PACIENTES Y TRANSMITIMOS IMPRESIONES. IMPORTANCIA DE LA PRIMERA IMPRESIÓN MARGARITA FERNANDEZ PULGAR	171
42	CELADOR, INTENSIVA, CUIDADOS, VIGILANCIA MARCOS SANCHEZ CASERO	175
43	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE CONDUCTAS VIOLENTAS EN EL ÁMBITO SANITARIO MARÍA JESÚS GARCÍA POVEDANO	179
44	LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA EN URGENCIAS DEL CENTRO SALUD MARÍA CRISTINA DÍAZ VILAS	183
45	EL PAPEL DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE TERMINAL JERONIMO GARCIA VELASCO	187

46	ACTUACIÓN DE LOS CELADORES ANTE EL PLAN DE EMERGENCIA. EVACUACIÓN DE EMERGENCIA MARGARITA FERNANDEZ PULGAR	191
47	EL CELADOR EN URGENCIAS HOSPITALARIAS KATIA VEGA GARCÍA	197
48	CÓMO ACTUAR EN UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA OVIDIO CERRILLO MIRANDA, NATALIA GONZALEZ FUEYO Y MAR CASTRO FUEYO	203
49	TELEOPERADOR DE UN SERVICIO DE EMERGENCIA MAR CASTRO FUEYO, OVIDIO CERRILLO MIRANDA Y NATALIA GONZALEZ FUEYO	209
50	EL ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO MARÍA DEL CARMEN RIOPEDRE PÉREZ Y LAURA SAIZ GONZALEZ	213
51	PREVENCIÓN DE RIESGOS ATENCIÓN AL PACIENTE MARÍA DEL CARMEN RIOPEDRE PÉREZ Y LAURA SAIZ GONZALEZ	217
52	LA NOCHE Y SUS RIESGOS LABORALES EN PERSONAL ADMINISTRATIVO MAR CASTRO FUEYO, NATALIA GONZALEZ FUEYO Y OVIDIO CERRILLO MIRANDA	221
53	EL CELADOR EN EL ÁREA DE URGENCIAS: PACIENTE POLITRAUMATIZADO LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ, MELODIA ESCALANTE TEMPRANO Y CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA	225
54	EL CELADOR EN EL TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ, MELODIA ESCALANTE TEMPRANO Y CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA	231

55	ACCIDENTES, INCENDIOS Y EMERGENCIAS EN CENTROS SANITARIOS MARTA ISABEL GEA RODRÍGUEZ, BALBINA ALONSO BRASA, ROSA ISABEL GONZÁLEZ MENÉNDEZ, PILAR BLANCO GARCIA Y CARMEN DOLORES MARTINEZ RUA	237
56	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN EN LOS CENTROS SANITARIOS SUSANA PÉREZ CASTAÑO, MARILIA DE FÁTIMA MORAIS DE MELO, MARIA CARMEN PLATAS FERNANDEZ, ANA MARIA CANELO DIAZ Y SUSANA TERRONES VEGA	243
57	EL CELADOR DE LABORATORIO RAMÓN CASTAÑO LLERANDI	247
58	EL CELADOR EN URGENCIAS RAMÓN CASTAÑO LLERANDI	251
59	URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA MARÍA DOLORES PASCUAL ALVAREZ	255
60	PRIMEROS AUXILIOS EN EL ENTORNO LABORAL: ¿CÓMO ACTUAR ANTE UNA EMERGENCIA? M.CONCEPCION CERRA	259
61	CUIDADOS PREVIOS AL EMBARAZO Y CUIDADOS PRENATALES MACARENA RODRIGUEZ RICO	263
62	BIOPSIA INTRAOPERATORIAS DE GANGLIO CENTINELA FÁTIMA LÓPEZ JARA	267
63	AYUDANTES DE SERVICIOS, PINCHES Y PERSONAL DE COCINA: RIESGOS BIOLÓGICOS EN LA COCINA JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA	275

Capítulo 1

POINT-OF-CARE ULTRASOUND (POCUS). SU AVANCE E IMPORTANCIA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ACTUALES

PABLO VIDAL NAVARRO

ALEJANDRA QUESADA NAVARRO

BEATRIZ IBAÑEZ ANDRÉS

SONIA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

MARÍA BELÉN ORTUÑO MARTÍNEZ

1 Introducción

Las técnicas ecográficas llamadas a pie de cama o con sus siglas en inglés POCUS, suponen un avance lógico en el que se democratiza el uso de los ecógrafos (cada vez más portátiles y con mayores prestaciones en cuanto a calidad y claridad de las imágenes) permitiendo que diferentes especialidades cada vez cuenten en sus rutinas habituales de trabajo con técnicas o protocolos donde emerge la ecografía. A los médicos clínicos e intervencionistas nos ha permitido realizar un acercamiento más seguro al paciente.

Por su idiosincrasia, los servicios de urgencias siempre suponen un punto de estrés añadido para los profesionales (médicos, enfermeros, entre otros) que traba-

jamos en ellos, por lo que el uso de herramientas como la POCUS nos facilitan el trabajo, desde la premisa del trabajo por protocolos y nunca (o casi nunca) desde el acercamiento al diagnóstico por la imagen, terreno en su mayoría reservado para el especialista en radiodiagnóstico.

La POCUS nos ha permitido a los urgenciólogos poder contrastar la clínica con la imagen ecográfica y dotar a nuestros diagnósticos, a veces en pocos minutos, de un mayor nivel de rigor y seguridad. Así mismo, la otra vertiente que nos permite la ecografía clínica es la realización de técnicas invasivas o la comprobación del éxito de intervenciones realizadas sobre el paciente, como por ejemplo la canalización de una vía central ecoguiada, o el uso de la ecografía pulmonar para poder comprobar que tras una intubación no hemos realizado una intubación selectiva.

2 Objetivos

- Exponer un caso práctico del uso de la ecografía a pie de cama en un paciente crítico al que atendimos en nuestro servicio de urgencias. Durante la exposición, centraremos el caso clínico que nos ocupa para desarrollarlo en el uso que realizamos de la ecografía clínica, demostrando que esta ocasión la POCUS fue fundamental.
- Explicar la importancia del uso de la ecografía y posteriormente en la discusión intentaremos aportar algunos datos en referencia a los términos usados, así como los condicionantes que hacen de este caso, un caso especial para nuestro servicio de urgencias.

3 Caso clínico

A nuestro servicio de urgencias llega por deterioro del estado general una mujer de 73 años y catalogada en triaje con código naranja. Dada la clínica de disnea intensa y mal estado general es pasada directamente a sala de críticos avisándonos directamente a los adjuntos del servicio.

Tras nuestra llegada nos encontramos con una fémina sin reacciones conocidas a fármacos, sin factores de riesgo cardiovascular conocidos y que cuenta en su historia clínica con una artritis reumatoide con deformidad franca y limitación leve en la realización de las actividades de la vida diaria, así como una amputación supracondílea izquierda por una osteomielitis en 1997.

La paciente se muestra desconectada, con baja capacidad de respuesta y disnea

franca con uso de musculatura accesoria. Se canalizan 2 vías periféricas de pequeño calibre por imposibilidad de obtener otras de mayor calibre. Mientras tanto se habla con la familia que nos indican que en los últimos días ha presentado un deterioro progresivo del estado general pero que en las últimas 2 horas ha presentado un deterioro franco con empeoramiento de la disnea y disminución del nivel de conciencia.

Se solicita analítica completa y se realiza electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones. En él se muestra un ritmo sinusal con elevación discreta del segmento ST en V2 y V3, así como en I de aproximadamente 2 mm y datos de sobrecarga de ventrículo derecho con bloqueo de rama derecha (BRD) no conocido. Así mismo se realiza Rx de tórax portátil sin datos de sobrecarga sin mostrar en ese momento otras alteraciones destacables.

Se realiza ecocardiograma con técnica POCUS realizada por nosotros donde evidenciamos dos aspectos fundamentales y que son muy llamativos. Por un lado encontramos un ventrículo derecho bastante dilatado para ser una paciente sin antecedentes personales de interés. Por otro lado evidenciamos una hipoquinesia de la pared libre del ventrículo derecho que consideramos secundaria a distensión del mismo. Llegado este momento la paciente presenta una bradicardia extrema registrando ritmo de 14 lpm y bajo gasto secundario por lo que se administran 2 ampollas de atropina y realización de masaje cardiaco con recuperación de ritmo y pulso, no obstante ante la inestabilidad de la paciente decidimos realizar canalización de vía central de alto flujo e IOT previa anestesia profunda de la paciente.

En estos momentos, la principal sospecha clínica es la de un TEP masivo por lo que pasamos a la paciente a sala de TAC para realización de angio-TC de arterias pulmonares. En dicha técnica se aprecia mínimo defecto de repleción en la arteria lobar inferior izquierda, no justificando la clínica de la paciente. Por ello retornamos nuevamente con la paciente a sala de críticos donde se repite ecocardiografía a pie de cama con sonda sectorial evidenciando que la distensión del ventrículo derecho es aún mayor que en la ecografía previa, así como un defecto de continuidad en el tabique interventricular a nivel infranodal. Se utiliza color para verificar la sospecha pudiendo apreciar una comunicación interventricular con shunt izquierda-derecha. Ante esto decidimos realizar medición de TAPSE (Tricuspid Anular Plane Systolic Excursion) que arroja un valor cercano a 0. Para un diagnóstico más preciso se decide pasar un sistema de medida de PVC conectado a dispositivo electrónico de medida donde evidenciamos presiones de 118-120 mmHg (presiones correspondientes a las del ventrículo izquierdo), por lo que

apoya nuestro diagnóstico de: CIV como complicación mecánica de SCACEST septal.

Con la paciente estable y diagnosticada, contactamos con nuestro servicio de referencia de Cirugía Cardíaca que nos indica la funestidad del proceso reparativo con esos valores de TAPSE por lo que no autorizan el traslado, indicando ingreso en UCI. Tras dos horas en dicho servicio, la paciente fallece por parada cardíaca.

4 Discusión-Conclusión

Como hemos podido exponer durante el caso clínico, aumentan nuestras posibilidades diagnósticas y terapéuticas de forma considerable con el uso de la ecografía a pie de cama. En este caso se hubiese hecho casi imprescindible la presencia de un cardiólogo para el diagnóstico ecográfico definitivo (con el cual no contábamos en esos momentos) o bien haber esperado a la realización de una autopsia clínica para determinar la causa del fallecimiento de la paciente.

El manejo de la ecografía clínica mediante protocolos de exploración nos ha demostrado una vez más que es fundamental en el médico clínico del siglo XXI, y que la utilización de estas técnicas mejora nuestros resultados en salud de nuestros pacientes.

Durante la exposición del caso clínico son tres los momentos en los que destaca el uso de la ecografía a pie de cama. En primer lugar la valoración inicial que realizamos cuando la paciente llega a nuestra sala de críticos donde valoramos, entre otros factores, el tamaño de las cavidades así como la funcionalidad del miocardio a nivel general. Ello nos ayuda a enfocar el diagnóstico clínico atendiendo a las alteraciones que en este caso eran principalmente una dilatación del VD así como una disfunción leve del mismo. En segundo lugar, utilizamos la ecografía para mejorar la visualización de las estructuras vasculares del cuello, permitiendo un aumento considerable de la seguridad sobre el paciente, así como una disminución del número de intentos y de complicaciones leves y graves. Por último, destacamos el uso de la ecocardiografía para el diagnóstico definitivo de la patología que nos ocupa. En ella se utilizan tres técnicas, la primera la visualización de un defecto sobre la pared del septo, la segunda el uso del modo color para visualizar el shunt izquierda-derecha que se produce como consecuencia de la rotura septal, y por último el modo M para la medición del TAPSE que es una medida establecida para valorar la función sistólica del ventrículo derecho.

Una mención especial, aunque breve, merece este último término de TAPSE. La medición de la excursión de la válvula tricúspide entre los ciclos diastólico y sistólico. Para su realización, primero debemos identificar la estructura, generalmente mediante un corte en cuatro cámaras, debiendo identificar a continuación el anillo valvular, colocando sobre dicha zona el selector del modo M realizando una lectura en dicho modo durante unos cuantos segundos. Por último medimos la diferencia de posición entre el punto mínimo y máximo de dicho anillo. En nuestro caso el TAPSE era 0, lo que nos estaría indicando una disfunción grave del VD, y el motivo por el cual no se planteó cirugía cardiaca reparadora dado que la reversión de dicha disfunción ventricular no sería factible y por lo tanto la realización de dicha reparación no hubiese cambiado el resultado funesto de la paciente.

No es menos cierto que el uso de estas técnicas suponen una curva de aprendizaje que en determinadas cuestiones es bastante amplia, así como la necesidad de un empeño vocacional y económico en el médico para la consecución de dichos objetivos de aprendizaje. Con todo ello podemos determinar una conclusión clara, que es la necesidad de instruir a los nuevos residentes así como a los médicos adjuntos de nuestros servicios en el uso de estos recursos, de una forma ordenada y patrocinada por los distintos servicios sanitarios.

5 Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 5ª ec. Madrid. Elsevier; 2017.
2. Mallin M. Rapid Ultrasound. Basics & RUSH Exam. New York. McGraw-Hill; 2012.
3. Villén T. Introducción a la ecografía en Urgencias. Elsevier; 2011.
4. Noble V, Nelson B. Manual of Emergency Bedside Ultrasound. In: Humphries RI, Stone C, eds. CURRENT Diagnosis & Treatment Emergency Medicine. 7th ed. New York: McGraw-Hill; 2011.

Capítulo 2

SEROMA DE MOREL LAVALLÉE A PROPÓSITO DE UN CASO

VICTORIA FERNANDEZ MENENDEZ

CLARA FERNÁNDEZ PEREDA

1 Introducción

El Seroma de Morel Lavallée fue descrito por primera vez por el cirujano francés del mismo nombre en 1863, consiste en el desbridamiento del tejido celular subcutáneo con la piel con acúmulo de líquido en dicha zona. Se suele preceder de un traumatismo. El diagnóstico es clínico aunque con pruebas de imagen como la ecografía y la resonancia magnética se obtiene la confirmación diagnóstica.

2 Objetivos

Exponer un caso clínico real de Seroma de Morel Lavallée, ya que hay poca literatura al respecto, destacando la importancia del diagnóstico precoz para un correcto tratamiento.

3 Caso clínico

Se presenta a un paciente de 67 años, sin enfermedades previas exfumador de 20 paq./Año desde hace 4 años, no bebedor, que presentó caída de una escalera de aprox. 2 metros hace aproximadamente 2 semanas con contusión a nivel de región lumbar derecha y glútea, a los pocos días de la caída el paciente nota

bultoma que va en aumento conforme pasan los días con dolor a la palpación de la zona por lo que consulta en el servicio de Urgencias de nuestro hospital.

A la exploración física se aprecia sobreelevación a nivel de región lumbar (como se aprecia en la imagen) de aprox. 10 cm de diámetro con fluctuación a la palpación. El paciente no presentaba fiebre ni otras alteraciones del estado general.

Se solicita analítica con bioquímica simple, hemograma y coagulación que resulta normal y se realiza una radiografía de región lumbar sin objetivarse afectación ósea.

Se realiza ecografía en el servicio de Urgencias objetivándose una zona anecoica filiforme compatible con un posible Seroma de Morell Lavallé, por ello bajo anestesia local se procede a la punción del mismo con una aguja intramuscular realizando la extracción de 200 cc de líquido sero-hemático con posterior colocación de vendaje compresivo en la zona, con control en médico de atención primaria. En contacto con el medico de atención primaria la evolución fue buena y el paciente presentó resolución del cuadro.



4 Discusión-Conclusión

En este caso el diagnóstico diferencial debe hacerse con hematomas secundarios a coagulopatía, necrosis de la piel o sarcomas de partes blandas entre otras.

Al presentar la analítica normal se descarta la coagulopatía y con la ecografía realizada todo parece apuntar a un Seroma de Morel Laallé.

El tratamiento de esta entidad suele ser conservador mediante compresión de la zona, pero dada la zona donde se presenta y que con la ayuda de la ecografía el diagnóstico parecía claro se intenta la punción con aspiración del contenido.

5 Bibliografía

1. D. De la Torre. Lesión de Morel-Lavallée. *Orthotips*, 9 (2013), pp. 93-98.
2. A. Solano, L.A. Pineda, H. Aragón. Manejo con desbridamiento percutáneo y dren ambulatorio en pacientes con lesión de Morel-Lavallée Seguimiento a 7 meses. *Rev Col Ortop Traum*, 22 (2008), pp. 267-271.
3. Morel-Lavallée M. Decollements traumatiques de la peau et des couches sous-jacentes. *Arch Gen Med*. 1863; 8:20-38, 172-200, 300-32.

Capítulo 3

INTOXICACIÓN DE MONÓXIDO DE CARBONO A PROPÓSITO DE UN CASO

VICTORIA FERNANDEZ MENENDEZ

CLARA FERNÁNDEZ PEREDA

1 Introducción

La intoxicación por monóxido de carbono es una patología relativamente frecuente en nuestro medio, muy rural, en el que las cocinas de leña y chimeneas son imprescindibles en la mayoría de las casas.

Puede manifestarse de muy diversas formas, los síntomas neurológicos son frecuentes entre los que se encuentran ataxia, cefalea, debilidad, mareo o incluso el coma, a nivel cardiovascular también puede presentar disnea, arritmias y alteraciones isquémicas además puede presentar alteraciones digestivas y del sistema muscular.

La pulsioximetría tiene un valor muy limitado aunque en este caso nos dio la pista para pensar en ello. Consiguiendo el diagnóstico tras el resultado de la gasometría arterial y de los niveles de Carboxihemoglobina. El tratamiento consiste en aportar O₂ al 100% o en casos más severos someter al paciente a la Cámara Hiperbárica.

2 Objetivos

Presentar el caso de un paciente con una clínica neurológica inespecífica que resultó presentar una intoxicación por monóxido de carbono.

3 Caso clínico

Se presenta el caso de un hombre de 55 años que derian desde atención primaria por desorientación. No presenta alergias. No fumador. Exbebedor importante. HTA. No DM. No dislipemia. Cirrosis hepática etílica, actualmente sin consumo de alcohol.

Intervención quirúrgica: Hemorroides.

Medicación previa: 80 mg. de Telmisartán al día

El paciente presenta cuadro, tras despertar de desorientación, agitación y disartria además de cefalea.

Exploración física: Temperatura 36.1°C, TA: 135/76, FC: 86, Sat O2: 92%. Consciente, confuso, poco colaborador. Eupneico en reposo. Normohidratado y normoperfundido. Exploración neurológica: Glasgow 15, momentos con afasia y ausencias, movilidad de 4 extremidades aunque con movimientos clónicos en brazo y piernas izquierdas. Imposibilidad para la exploración de las disimetrías por falta de colaboración. Reflejo cutáneo plantar bilateral. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen y extremidades inferiores normales.

Ante la clínica nerológica del cuadro se activa Código ictus y se realiza:

-TAC cráneo sin contraste informado como: No se observan hemorragias, procesos expansivos intra ni extraaxiales, ni otras alteraciones de la densidad del parénquima encefálico que sugieran patología intracraneal aguda.

-Radiografía de Tórax: No presenta condensaciones ni derrames.

Electrocardiograma: Ritmo sinusal sin alteraciones.

-La analítica realizada es normal, incluyendo bioquímica básica (glucosa, Sodio, Potasio, Urea y Creatinina), además se añaden pruebas de función hepática, Bilirrubina y Amilasa también normales. Sistemático y sedimento de orina normal, se añaden tóxicos en orina que resultan todos negativos y nivel de alcohol en sangre que también resulta negativo. El hemograma es normal.

-Mediante teleconferencia se realiza una nueva exploración por Neurólogo de hospital de referencia, observamos que el paciente se encuentra más colaborador, sin ausencias ni afasia. Se aplica por protocolo la escala NIHSS obteniendo una

puntuación de 2 únicamente a expensas de una disartria leve y de no responder bien el mes en el que nos encontrábamos, indicando posible causa orgánica.

Al ver que las pruebas complementarias eran normales y revisando el caso y las constantes se decide añadir una gasometría arterial, obteniendo los siguientes resultados: Po₂ de 75 mmHg, Pco₂: 36 mmHg, Bicarbonato : 26 mmol/L, Ph: 7.46, nos avisan de laboratorio por los niveles de Carboxihemoglobina, 38.2%, dentro de niveles de toxicidad (por encima del 20%). Iniciamos tratamiento con Oxígeno al 100% objetivando una mejoría total de la clínica los 15 minutos, hasta presentar una exploración neurológica totalmente normal.

Diagnóstico: Intoxicación por Monóxido de Carbono.

Se deriva al paciente a la Cámara Hiperbárica para completar tratamiento.

4 Discusión-Conclusión

En este caso podríamos hacer el diagnóstico diferencial con:

1. Ictus.
2. Hemorragia subaracnoidea.
3. Traumatismo craneoencefálico.
4. Epilepsia y fase postcrítica.
5. Intoxicación por sustancias.

Dada la normalidad de las pruebas complementarias solicitadas en un primer momento nos obliga a plantearnos otras opciones diagnósticas. Es importante fijarse en las constantes de los pacientes para poder llegar a un diagnóstico más certero que es en este caso lo que nos hace solicitar la gasometría arterial en un segundo momento.

Dados los valores elevados de Carboxihemoglobina está indicado el tratamiento con Cámara Hiperbárica, promoviendo la eliminación de CO y reduciendo el estrés oxidativo y la inflamación.

5 Bibliografía

1. Sibón Olano A, Martínez-García P, Vizcaya Rojas MA, Romero Palanco JL. Intoxicación por monóxido de carbono.. Cuad Med Forense [online], 47 (2007).

2. Weaver LK, Hopkins RO, Chan KJ, Churchill S, Elliott CG, Clemmer TP, et al.. Hyperbaric oxygen for acute carbon monoxide poisoning.. N Engl J Med, 34 (2002), pp. 1057-67.

Capítulo 4

CONTENCIÓN MECÁNICA EN URGENCIAS

RAQUEL AZCONA EGUINO

ELENA HORTAL SAINZ DE UGARTE

BELÉN ARBIZU FERNÁNDEZ

1 Introducción

En urgencias es frecuente encontrar pacientes con un cuadro clínico de agitación psicomotriz u otros trastornos psiquiátricos que plantean situaciones en las que el paciente no es capaz de poner límites a sus acciones.

La sujeción mecánica es una medida terapéutica dirigida a la movilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo de un paciente para tratar de garantizar la seguridad del enfermo, de otros pacientes, de familiares y/o del personal que le atiende. Se trata de una medida excepcional y esencialmente clínica, responde a razones disciplinarias o pedagógicas.

En la época actual, el abordaje de la enfermedad mental se centra en estimular al paciente para que realice un mayor control sobre su propia vida, libre de medidas coercitivas, donde la contención mecánica sólo debe ser usada como último recurso tras haber intentado controlar la situación previamente con la contención verbal y farmacológica, regulado actualmente en nuestro país por el Decreto Foral de Navarra 221/2011.

2 Objetivos

Realizar una revisión acerca de la sujeción del paciente con agitación psicomotriz como medida terapéutica.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos electrónicas: Google académico, Pudmed, Scielo, Dialnet y biblioteca de la UVA. Las palabras claves empleadas: Agitación; Contención mecánica; Urgencias.

4 Resultados

Se recomienda aplicar el protocolo de contención mecánica, aplicando una restricción en los movimientos del paciente, en contra de su voluntad. Solo puede realizarse por personal formado y entrenado y en un contexto sanitario, con finalidad terapéutica, según dictan los derechos humanos y no como medida de castigo.

Plantear el uso de otras medidas alternativas que eviten la contención.

Se busca evitar la autolesión del paciente, y la agresividad para sí mismo o para el entorno. El marco legal y ético en estos casos es muy claro.

Definir el concepto de contención mecánica para hacer un buen uso de ella, y saber diferenciar contención mecánica en casos de agitación psicomotriz y contención física en ancianos para evitar caídas.

5 Discusión-Conclusión

En la época actual, el abordaje de la enfermedad mental se centra en estimular al paciente para que realice un mayor control sobre su propia vida, libre de medidas coercitivas, donde la contención mecánica sólo debe ser usada como último recurso tras haber intentado controlar la situación previamente con la contención verbal y farmacológica, regulado actualmente en nuestro país por el Decreto Foral de Navarra 221/2011.

La agitación psicomotriz es un síndrome, un conjunto de signos y síntomas psíquicos. En los pacientes con enfermedad psiquiátrica, el riesgo de presentar

una agitación psicomotriz se incrementa significativamente por el consumo abusivo de sustancias tóxicas, lo que hace necesario tener un protocolo de actuación ante la necesidad de aplicar la contención mecánica de forma rápida, eficaz y segura. Así mismo, el procedimiento debe preservar los derechos fundamentales del paciente y a la vez garantice su integridad física y moral. Existen diferentes opiniones sobre el uso de sujeciones, aunque la mayoría de ellos coinciden en que ante una situación de urgencia extrema se debe usar.

El entrenamiento de los profesionales sanitarios es fundamental para conocer cómo manejar las situaciones conflictivas como las escenas de violencia o agitación, por ello la realización de sesiones/ talleres prácticos de vez en cuando son fundamentales para dotar a los profesionales de habilidades para resolver esas situaciones de alteración de conducta. No obstante, debe utilizarse como último recurso, una vez agotadas las medidas de contención verbal, ambientales, conductuales y/o contención química.

6 Bibliografía

1. Decreto Foral 221/2011 del 28 de Septiembre de 2011 por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales de la comunidad foral de Navarra. BON nº 204 de 14 de octubre de 2011.
2. Protocolo de contención mecánica del Complejo Hospitalario de Navarra.
3. Federación Mundial de la Salud Mental. Declaración de los derechos humanos y de la salud mental. Auckland. Organización de Naciones Unidas; 1989.
4. Comité Interdisciplinar de Sujeciones de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Documento de Consenso sobre Contenciones mecánicas y farmacológicas. 2014.
5. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000100007

Capítulo 5

NOVEDADES EN EL MANEJO DEL CÓLICO NEFRÍTICO: COMBATIENDO EL DOLOR

CAYETANA ARIAS ARIAS

1 Introducción

El cólico renal o cólico nefrítico representa una de las urgencias urológicas más comunes en nuestro medio. Entre un 8-15% de la población europea ha sufrido un episodio, al menos, una vez en su vida y, un 50% de éstos, van a presentar recaídas a lo largo de la misma.

Constituye aproximadamente el 1% del total de ingresos en el servicio de urgencias, tratándose además de una patología con mucho impacto emocional en el paciente, debido al dolor.

Teniendo en cuenta su alta incidencia y lo doloroso e incapacitante que resulta, es primordial afianzar su manejo y tratamiento de forma sistemática y eficaz, haciendo especial hincapié en el papel de la enfermería en el correcto abordaje y en la prevención de recaídas.

2 Objetivos

Actualizar el manejo del dolor propio de esta patología, tanto desde el punto de vista médico como de los cuidados de enfermería.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión de la bibliografía en distintas bases de datos de internet (Tripdatabase, Uptodate, Pubmed, etc.) así como en algunas asociaciones internacionales (Asociación Europea de Urología, Asociación Americana de Urología, etc.). De ellas se consultaron un total de 22 artículos, en su mayoría revisiones sistemáticas de la literatura, metaanálisis y ensayos clínicos en relación al tratamiento, hasta diciembre de 2019, sin restricciones lingüísticas.

4 Resultados

Las principales novedades son el uso de la lidocaína y el sulfato de magnesio como analgésicos efectivo y seguro en el control del dolor cólico.

También encontramos estudio que sugieren la utilización del óxido nitroso y la acupuntura, como alternativa no convencional al manejo farmacológico habitual.

Importante la visibilización del abordaje psicológico para mejorar la tolerancia del episodio y disminuir los niveles de ansiedad.

5 Discusión-Conclusión

Dentro de los tratamientos tradicionales en el cólico renal agudo, los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) han demostrado ser los analgésicos de elección. Los narcóticos, por su parte, son efectivos en el manejo del dolor, pero tienen muy poca repercusión sobre la causa subyacente (prostaglandinas).

La efectividad de los nuevos enfoques (lidocaína y sulfato de magnesio como analgésicos) parece prometedora, situándose incluso por delante de los tratamientos clásicos.

El óxido nitroso, pese a ser conocido desde hace tiempo en los servicios de urgencias, sobretodo en el pediátrico, aún está poco estudiado en lo relacionado al manejo del dolor en el CRA. La acupuntura por su parte, si bien no resulta factible a día de hoy, debido al nulo conocimiento de la mayoría de los sanitarios y a la necesidad por tanto de formación específica, podría colocarse como una posible alternativa más holística al manejo farmacológico tradicional.

No obstante, se necesitan ensayos clínicos en este sentido, que estudien los posibles efectos adversos derivados del uso de estas terapias y el coste-beneficio.

6 Bibliografía

1. Arrabal-Polo MA, Arrabal-Martin M, Garrido-Gomez J. Calcium renal lithiasis: metabolic diagnosis and medical treatment. *Sao Paulo Med J.* 2013;131(1):46-53.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence. Laparoscopic nephrolithotomy and pyelolithotomy [Internet]. London: The Institute; 2007 Mar.
3. Manzano Nunez R, García Perdomo, Lopez H et Al. "Interventions to treat renal colic pain: protocol for a systematic review and meta-analysis". PROSPERO, 2016; CRD42016036718. International prospective register of systematic reviews. National Institute for Health Research.
4. Firouzian A, Alipour A, Dezfouli HR, et al. Does lidocaine as an adjuvant to morphine improve pain relief in patients presenting to the ED with acute renal colic? A double-blind, randomized controlled trial. *Am J Emerg Med* 2016;34:443-8.
5. Serinken M, Karcioğlu O, Turkcuer I, Ozkan HI, Keysan MK, Bukiran A. Analysis of clinical and demographic characteristics of patients presenting with renal colic in the emergency department. *BMC Res Notes.* 2018; 1(79).
6. Afshar K, Jafari S, Marks AJ, Eftekhari A, MacNeily AE. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs are effective treatment for acute renal colic. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Junio de 2015, Issue 6. Art. No.: CD006027.
7. (Golzari SE, Soleimanpour H, Rahmani F, Zamani Mehr N, Safari S, Heshmat Y, et al. Therapeutic approaches for renal colic in the emergency department: a review article. *Anesth Pain Med* [Internet]. 2014 Feb 13 [cited 2014 Oct 21];4(1):e16222.
8. Cupisti A, Pasquali E, Lusso S, Carlino F, Orsitto E, Melandri R. Renal colic in Pisa emergency department: epidemiology, diagnostics and treatment patterns. *Intern Emerg Med.* 2008; 3(3):241-4. [Citado en diciembre de 2019].
9. Preminger GM, Tiselius HG, Assimos DG, et al; American Urological Association Education and Research, Inc; European Association of Urology. 2007 Guideline for the management of ureteral calculi. *Eur Urol* 2007 Dec;52(6):1610-31.
10. Türk C, Knoll T, Petrik A, Sarica K, Skolarikos A, Straub M, et al. Guidelines on urolithiasis [Internet]. Arnhem, The Netherlands: European Association of Urology; 2015.
11. Lujána M, Sánchez MT, Turoa J, Pascuala C, Chivaa V, Martín C, et al. Características climáticas y epidemiológicas asociadas al cólico renal en una zona urbana en España. *Actas Urol Esp.* 2011; 35(8).
12. Hermida JA, Paz M, Loro JF, Ochoa O, Buduen A. Cólico nefrítico en el servicio

de urgencias. Estudio epidemiológico, diagnóstico y etiopatogénico. Arch Esp Urol. 2010; 63(3).

13. Aibar-Arregui MA, Matía-Sanz M, Pelay-Cacho R, Igúzquiza-Pellejero MJ, Martín-Fortea MP, L. Clavel-Conget L, et al. Manejo del cólico renal en urgencias de un hospital de tercer nivel. Anales Sis San Navarra. 2010; 33(2).

14. Pettit K, L. Welch J, Pain Management and Sedations/Systemic Review Snapshot [Internet]. Department of Emergency Medicine Indiana University School of Medicine Indianapolis, 2018. IN. Are Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs Safe and Effective for Treatment of Acute Renal Colic?.

15. Pathan SA, Mitra B, Cameron PA. A Systematic Review and Meta-analysis Comparing the Efficacy of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs, Opioids, and Paracetamol in the Treatment of Acute Renal Colic. Eur Urol. 2018 Apr;73(4):583-595. doi: 10.1016/j.eururo.2017.11.001. Epub 2017 Nov 22.

16. Xu H, Zisman AL, Coe FL, Worcester EM. Kidney stones: an update on current pharmacological management and future directions. Expert Opin Pharmacother [Internet] 2013 Mar;14(4):435–447.

17. Phillips E, Hinck B, Pedro R, Makhlof A, Kriedberg C, Hendlin K, et al. Celecoxib in the management of acute renal colic: a randomized controlled clinical trial. Urology. 2009;74(5):994–9. [citado en diembre de 2019].

18. Soleimanpour H, Hassanzadeh K, Vaezi H, Golzari SE, Esfanjani RM, Soleimanpour M. Effectiveness of intravenous lidocaine versus intravenous morphine for patients with renal colic in the emergency department. BMC Urol. 2012;12:13. doi: 10.1186/1471-2490-12-13.

19. Etienne Paulhet MD. Interest of the Equimolar Oxygen Nitride Mixture (MEOPA) in the Treatment of Pain in Patients Presenting to the Emergency Department for Suspected Renal Colic: a Study Before-After. Clinical Trials. U.S National Library of Medicine, 2018; 35RC17_8826.

20. A Maiidi, F Derakhshani. Intravenous Magnesium Sulfate for Pain Management in Patients with Acute Renal Colic ; a Randomized Clinical Trial [Internet]. Arch Acad Emerg Med. 2019 Dec 28 ;8(1).

21. Davenport K, Timoney AG, Keeley FX. Conventional and alternative methods for providing analgesia in renal colic. BJU Int. 2005;95(3):297–300.

22. C Knoll T, Petrik A, Sarica K, Skolarikos A, Straub M, et al. Guidelines on urolithiasis [Internet]. Arnhem, The Netherlands: European Association of Urology; 2015.

Capítulo 6

PROPUESTA DE UNA TARJETA DE TRIAJE UNIFICADA PARA INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA VOLUNTARIA

BEATRIZ IBAÑEZ ANDRÉS

SONIA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

MARÍA BELÉN ORTUÑO MARTÍNEZ

PABLO VIDAL NAVARRO

ALEJANDRA QUESADA NAVARRO

1 Introducción

El triaje extrahospitalario es un método de clasificación de víctimas tras una catástrofe de gran magnitud, que se lleva utilizando desde finales del siglo XXI. Hay múltiples maneras de clasificar a los pacientes, y cada servicio de emergencias sanitarias realiza el que cree más oportuno, dependiendo de la situación y de las personas que participen en él.

Este proyecto se ha realizado con la finalidad de poder crear una única tarjeta de triaje extrahospitalario para la clasificación de las víctimas y así poder trabajar todos de la misma forma y con el mismo material. Tras los artículos consultados, se aprecian las distintas ventajas e inconvenientes que plasman los autores sobre

las tarjetas que se encuentran actualmente en el mercado, por lo que se pretende llevar a cabo la creación de una nueva, intentando solventar todos los inconvenientes reflejados por los expertos. Dicho proyecto se llevaría a cabo en el plazo de dos años mediante la realización de simulacros con los distintos servicios de emergencias extrahospitalarias, y así poder comprobar la efectividad y eficacia del nuevo material de triaje propuesto.

El motivo de realizar este estudio es la gran controversia que hay entre los distintos modelos de tarjetas de triaje, teniendo todas ellas algunas desventajas o inconvenientes importantes a la hora de trabajar con ellas. En el mercado nos encontramos con un gran abanico de opciones para elegir una u otra, y aunque no haya encontrado estudios comparativos que me muestren que tipo es el más adecuado, todos los artículos consultados dejan ver ventajas e inconvenientes de todas ellas, por lo tanto, creo que debe de haber un único modelo estandarizado a nivel nacional que englobe todas esas ventajas y de solución a los inconvenientes que nos encontramos durante su utilización.

Por todo ello, realizo este proyecto con la expectativa de llevar a cabo un estudio experimental con simulacros estructurados, planeados concienzudamente y con antelación para ver la utilidad y la fiabilidad de la nueva tarjeta de triaje que he creado (adjunto foto).

Características que debe cumplir una tarjeta ideal:

- Resistente a las inclemencias del tiempo o a los procesos de descontaminación en caso de IMV NBQ.
- Personalizada y numerada.
- Con fácil capacidad de sujeción y difícil de perder.
- Impermeable al agua y las secreciones.
- Indeleble.
- Visual, única y estandarizada.
- Nacional.
- Rápida, dinámica y práctica de usar.
- Conocida, sencilla y simple.
- Flexible y adaptable.
- Sin barrera idiomática, es decir, con un lenguaje universal.
- Con varias hojas autocopiativas, ya que así se facilitará el posterior traspaso de datos, evitando también errores de transcripción.

Tras toda la bibliografía consultada sobre los tipos de triaje básico y el método más adecuado a utilizar, llego a la conclusión que debido a que los equipos sani-

tarios necesitan tiempo para el despliegue de medios en las zonas donde se producen los incidentes, y esta situación no debe aumentar el tiempo de clasificación e intervención con las víctimas. La realización de un triaje básico por parte del personal no sanitario puede mejorar mucho la supervivencia de algunas personas y así agilizar la preparación del lugar a intervenir por los sanitarios desplegados para tal fin.

Respecto al triaje avanzado y las tarjetas utilizadas para tal fin, pienso que puede ser un punto importante y necesario para la reevaluación del paciente. Las tarjetas actuales no nos permiten realizar este paso, porque una vez asignado un color, se corta la tarjeta y ya no se puede modificar; por lo que veo totalmente necesario trabajar con un tipo de tarjeta que nos proporcione esta opción, ya que es una parte muy importante a la hora de tomar decisiones y tener que actuar ante el paciente.

Respecto a las características de las tarjetas, también sería interesante el tenerlas con opción autocopiativa, ya que así se evitaría la pérdida de tiempo en ir transcribiendo datos e información del paciente de un sitio para otro. El factor tiempo es una de las cosas más importantes en un IMV, por lo tanto, se tiene que optimizar lo máximo posible.

Dicho todo esto y tras la consulta de distintos autores, la conclusión sobre el uso de las tarjetas sería que nadie ofrece un consenso absoluto sobre cuál es la ideal o la más adecuada para un evento de gran magnitud con múltiples víctimas. En cambio, la mayoría coincide en las principales controversias que surgen para el uso de las tarjetas, ya que no siempre están disponibles, ofrecen información sobre el deterioro de los pacientes, pero no sobre su mejoría, y tienen poco espacio para transcribir información sobre la evolución. Así pues, el uso de estas tarjetas tiene una serie de ventajas e inconvenientes que paso a detallar (Álvarez-Leiva y Macías-Seda, 2001).

Ventajas:

- Se controla la asistencia impidiendo duplicar esfuerzos.
- Se establece un flujo ordenado de las víctimas.
- Se controla la cadena de evacuación.
- Se controla el conjunto de la catástrofe.
- La tarjeta de clasificación es un elemento más organizativo que asistencial.
- Controla los pacientes que van a cada hospital.
- Se evitan evacuaciones salvajes.

Inconvenientes:

- No se dispone de ellas cuando se necesitan.
- Presentan problemas de legibilidad.
- Pérdidas durante la evacuación.
- Deterioro por el agua.
- Falta de espacio para escribir.
- Imposibilidad de reevaluación al paciente.
- Pérdida de tiempo a la hora transcribir información del paciente, etc.

TTU (TARJETA DE TRIAJE UNIFICADA)

Nombre pac.:		⊙ ♥ TTU	Nº identificación	Firma:		⊙ ♥ TTU	Nº identificación
Telf. Familiar:			123456	Hora:			123456
Fecha:		Hora:		2º Triaje: N R A V			
Lugar:				A <input type="checkbox"/> Guedel <input type="checkbox"/> Collarín cerv. <input type="checkbox"/> Aspirac. Secrec. <input type="checkbox"/> Traumat. Orofacial <input type="checkbox"/> Lesión vía aérea			
1º Triaje		Categoría		Maniobras salvadoras		Vía aérea	
		Abrir vía aérea Poner zudel					
Marcar con una X lo que proceda							
S: sale caminando		Si → ●				B Ventilación <input type="checkbox"/> Inspección tórax <input type="checkbox"/> Trauma torácico <input type="checkbox"/> Signos hemo/neumotórax <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> Soporte ventilatorio <input type="checkbox"/> Vólet costal FR SpO2 FiO2 Ventilación mecánica: FR rpm Vt FiO2 PEEP IE MODO:	
		No → ●					
H: habla sin dificultad		Si → ●				C Circulación <input type="checkbox"/> Color y r'piel <input type="checkbox"/> Relleno capilar <input type="checkbox"/> Pulso central/periférico <input type="checkbox"/> RCP <input type="checkbox"/> Signos trauma abdominal/pélvico <input type="checkbox"/> Hemorragias externas:	
		No → ●					
O: obedece órdenes sencillas		Si → ●				D Neurológico <input type="checkbox"/> TCE (abierto/cerrado) <input type="checkbox"/> Movimiento piernas/brazos GCS O V M Tamaño y reactividad pupilar Derecho: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reactiva: Si/No Izquierdo: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reactiva: Si/No	
		No → ●					
R: respira		Si → ●				E Exposición <input type="checkbox"/> Manta térmica <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Heridas <input type="checkbox"/> Quemaduras	
		No → ●					
T: taponar hemorragias (si es necesario)		Si → ● ● ●					
Firma:							
¡¡ALERGIAS!! ⚠							
Traslado: Si/No		Lugar:		Transp. Utilizado:			
Hombre	Mujer	Gest.	Bebé	Niño	Adulto	Anciano	Medicación:
Prioridad 0				Prioridad 0			
Prioridad 1				Prioridad 1			
Prioridad 2				Prioridad 2			
Prioridad 3				Prioridad 3			

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Crear una tarjeta única de triaje extrahospitalario a nivel nacional, que englobe todas las ventajas de las que se utilizan en la actualidad.

Objetivos secundarios:

-Diseñar una tarjeta unificada que cumpla todas las necesidades para cualquier tipo de intoxicación medicamentosa voluntaria (IMV).

-Realizar un estudio experimental mediante simulacros, para valorar la eficacia de la tarjeta creada.

-Realizar una comparativa de todos los tipos de tarjetas de triaje extrahospitalario que hay en el mercado, analizando los pros y los contras de todas ellas.

3 Metodología

Se realiza inicialmente una búsqueda bibliográfica a través de Pubmed, Cochrane, Scielo, Google académico, etc. Se revisaron artículos de la Revista Cubana de Medicina Militar, Enfermería Clínica (Elsevier), Emergency Medicine Journal, Metas de Enfermería (enfermería 21-Enferteca, que es una biblioteca online), Emergencias, SEMES, SEEUE (Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias, etc.

Se realizó una lectura comparativa de la mayoría de los planes de actuación en Emergencias Sanitarias de las distintas Comunidades Autónomas (CC.AA.), analizando la forma de actuar en cada situación y el triaje protocolizado que se llevaría a cabo, llegando a la conclusión de que dependiendo de las circunstancias y del personal que intervenga en la clasificación de las víctimas, se actuará de una forma u otra.

Se extrajo la información necesaria para la estructuración de los simulacros, cogiendo las ideas clave de cada plan de actuación y su manera de proceder en un AMV (organigramas, materiales necesarios, formas de actuación, etc.).

La encuesta de satisfacción que he utilizado para los profesionales que participarán en los simulacros, ha sido una mezcla de varias encontradas en páginas oficiales y que están validadas (Díaz-Victoria et al., 2015) (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2012) (Santillán, 2012). Al no encontrar ningún cuestionario que se asemejara a mis necesidades, he modificado dichas encuestas, quitando preguntas que no necesitaba para mi finalidad y añadiendo ítems importantes

para poder realizar una buena comparativa tras la realización de los simulacros con las distintas tarjetas, ya que mi consecución es saber la opinión de los profesionales que participan en el estudio y los resultados obtenidos.

Criterios de inclusión: para dicho estudio experimental, se contará con los servicios de emergencias extrahospitalarios de las distintas CC.AA. que tengan posibilidad de intervención en cualquier tipo de IMV.

Los criterios de exclusión fueron: que los voluntarios sean menores de edad y que presenten alguna patología que se puedan agravar al participar en dicha actividad.

Limitaciones del estudio: las CC.AA., empresas y profesionales que no quieran participar en el estudio.

Consideraciones éticas: todo el proyecto se realizará siempre con la máxima imparcialidad ética y política, ya que así evitaremos tener enfrentamientos con nadie. No se hará ningún tipo de alusión referente a edad, sexo, raza o ideología política. Se declara que no hay conflicto de intereses.

4 Bibliografía

1. M. N. Peláez Corres, J. Alonso Jiménez-Bretón, F. J. Gil Martín, A. Larrea Redín, C. Buzón Gutiérrez, I. Castelo Tarrio (2005). Método SHORT. Primer triaje extrahospitalario ante múltiples víctimas. *Emergencias*, 17 (4), pp. 169-175.
2. <http://serralco.es/iniciacion-al-triage/>
3. <http://www.medigraphic.com>
4. Rábago Macho, S. (2016). Triage en emergencias y catástrofes extrahospitalarias. Nuevo reto para la enfermería (Trabajo Fin de Grado Enfermería). Escuela Universitaria de Enfermería “Casa de Salud Valdecilla”, Cantabria.
5. <https://cetph.wordpress.com/2012/01/12/algoritmos-de-triage/>
6. <https://www.semes.org/>
7. <http://www.proteccioncivilribadesella.es/el-triage-start/>
8. Goitia Gorostiza, A; Zurita Fernández, A; Millán López, J. M. (1999). Clasificación de heridos en catástrofes. *Emergencias*, 11 (2), pp. 132-140.
9. <https://www.umanresa.cat>
10. <http://mettag.com/mt137.html>
11. http://www.tassica.com/uploads/assets/Presentacion_de_la_Tarjeta_de_Triage_Tassica.pdf

12. Ministerio de Defensa. Secretaría General Técnica (2014). Clasificación y Triage. Manual de soporte vital avanzado en combate. Madrid: Publicaciones de Defensa (Pd).
13. Hernández García I. (2016). Propuesta de tarjeta triaje en incidentes NBQ con múltiples heridos. Sanidad militar, 72 (4), pp. 266-274.
14. <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Triage%20generalidades.pdf>.
15. <http://www.clinicalascondes.cl>
16. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3782155>
17. Martín Rodríguez F, Delgado Benito J. F. y Orbañanos Peiró, L. (2003). Manual de asistencia prehospitolaria en emergencias y catástrofes, 1ª Ed. Valladolid: Fundación Enfermería Castilla y León 2003.
18. <http://www.medigraphic.com/pdfs/trauma/tm-2006/tm062e.pdf>
19. <http://www.index-f.com/para/n20/pdf/095.pdf>
20. Carrillo Fernández O., Serrano Moraza A., Horrillo García C. y Martín Tomero N. (2012) Manual de Enfermería SUMMA 112 Madrid. Módulo 7. Actuación ante Accidentes con Múltiples Víctimas y Catástrofes. Incidentes NBQR. Rescate sanitario (pp.979-1082). Madrid.
21. www.medynet.com
22. <http://scielo.sld.cu>
23. <https://extranet.sergas.es>
24. <http://www.areasaludbadajoz.com>
25. <http://www.juntadeandalucia.es>
26. <https://dspace.carm.es>
27. <https://www.madrid.es>
28. http://www.112cv.gva.es/documents/163565706/163566493/15_D119_2013_PTECV.pdf/e76b8233-a9c8-4109-8afe-42faf25a4c3e
29. <https://www.castillalamancha.es>
30. <http://www.enfermeriadeurgencias.com>
31. <https://www.juntadeandalucia.es>
32. <https://www.fisterra.com>
33. <https://ebevidencia.com/archivos/805>
34. <http://www.msal.gob.ar>

Capítulo 7

CASO CLÍNICO DE PACIENTE CON DESPRENDIMIENTO DE RETINA NEUROSENSORIAL

MARIA ELIAZAR GARCIA MARTINEZ

OLGA LOPEZ LONGEDO

1 Introducción

Un desprendimiento de retina describe la separación de la retina neurosensorial del epitelio pigmentario, siendo una de las patologías oftalmológicas que reviste mayor urgencia. Esta patología es poco frecuente en pacientes menores de 25 años.

2 Objetivos

Conocer la detección precoz del desprendimiento de retina y la forma más adecuada y actual de tratarlo.

3 Caso clínico

Mujer emétrope de 23 años de edad que acude a la óptica, refiriendo pérdida visual unilateral, de ojo derecho (OD), de tres días de evolución. Refiere ver como una cortina en la periferia del campo que progresa además de “destellos luminosos”. Sin antecedentes de interés, no alergias medicamentosas.

Tras escuchar los síntomas descritos por la paciente, se procede, en primer lugar, a descartar un posible error refractivo causante de dicha disminución de agudeza visual (AV).

Tras obtener los datos objetivos del error refractivo con un autorrefractómetro, se procede a la medida de la presión intraocular mediante un pseudotonómetro de aire de no contacto obteniendo, en ambos instrumentos, valores considerados dentro de los rangos de normalidad.

Diagnóstico:

- Las imágenes obtenidas, tanto la retinografía, como la imagen de OCT de OD muestran la separación entre retina neurosensorial y epitelio pigmentario, pudiéndose apreciar, en el corte retiniano, acumulación de líquido subretiniano en el espacio virtual entre ambas capas.
- Se distingue la afección macular del mismo.

Diagnóstico diferencial: un desprendimiento de retina se presenta como la separación de la retina neurosensorial del epitelio pigmentario. El objetivo principal será cerrar las roturas retinianas mediante diferentes técnicas quirúrgicas y poner así los medios para evitar que se vuelva a desprender. Ocurre más frecuentemente en: personas de mediana y avanzada edad, personas miopes, contusión en el ojo o en raras ocasiones enfermedad hereditaria.

Tras este hallazgo se le realiza un informe y se le remite, de urgencia, a los servicios de oftalmología. Transcurridos dos días, desde la visita y detección del desprendimiento en la óptica, se le realiza la cirugía. Superado el periodo de recuperación y una vez dada de alta por su oftalmólogo, y pasados tres meses desde el hallazgo, la paciente acude de nuevo a la óptica, remitida por el oftalmólogo debido a la aparición de un error refractivo residual unilateral tras la intervención quirúrgica de dicho desprendimiento.

4 Discusión-Conclusión

El desprendimiento de retina es una de las patologías oculares que mayor urgencia reviste. Su cirugía debe ser lo más precoz posible para mejorar la tasa de éxito y el resultado visual final. Con las técnicas actuales es posible conseguir su curación en un alto porcentaje, en la mayoría de los casos con una sola intervención. Aún siendo poco frecuente en pacientes jóvenes, debemos saber que existen casos, por lo que los profesionales debemos estar bien formados para la

detección precoz de los mismos.

5 Bibliografía

1. Wilkinson CP. Evidence-based analysis of prophylactic treatment of asymptomatic retinal breaks and lattice degeneration. *Ophthalmology* 2000;107:12-5.
2. Brod RD, Lightman DA, Packer AJ, Saras HP. Correlation between vitreous pigment granules and retinal breaks in eyes with acute posterior vitreous detachment. *Ophthalmology* 1991;98:1366-9.
3. Byer NE. Natural history of posterior vitreous detachment with early management as the premier line of defense against retinal detachment. *Ophthalmology* 1994;101:1503-14.
4. The Eye Disease Case-Control Study Group. Risk factors for idiopathic rhegmatogenous retinal detachment. *Am J Epidemiol* 1993; 137:749-57.
5. American Academy of Ophthalmology. Policy Statement. An Ophthalmologist's Duties Concerning Postoperative Care. San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology; 2006.
6. Byer NE. Long-term natural history of lattice degeneration of the retina. *Ophthalmology*. 1989;96:1396-401.
7. Koch DD, Liu JF, Gill EP, Parke DW, 2nd. Axial myopia increases the risk of retinal complications after neodymium-YAG laser posterior capsulotomy. *Arch Ophthalmol* 1989; 107:986-90.

Capítulo 8

MANEJO DE LA VÍA AÉREA

CLAUDIA MOLINA VILLÉN

1 Introducción

La vía aérea consiste en el conjunto de órganos, en este caso humanos, por donde discurre el aire del exterior al interior del cuerpo, llegando a los pulmones, consiguiendo una adecuada oxigenación y ventilación. La vía aérea anatómicamente se puede dividir en vía aérea superior (fosas nasales, boca, faringe y laringe) e inferior (tráquea, bronquios y bronquiolos) (1,2).

Las fosas nasales que consisten en una estructura osteocartilaginosa cuya función principal es la de calentar, humedecer y filtrar el aire para que llegue en óptimas condiciones a los pulmones. Se compone del vestíbulo nasal que es la entrada y a esa altura se encuentran las vibrisas o pelos. Los límites de las fosas nasales los componen en el techo la lámina cribosa del etmoides donde se encuentran las terminaciones nerviosas del nervio olfatorio. El suelo se compone de la porción horizontal del maxilar superior y el palatino. El límite medial es el tabique nasal que lo forma la lámina perpendicular del etmoides y el vómer. La pared lateral las celdillas etmoidales de los cornetes superior y medio, además del cortene inferior, los meatos y la apófisis pterigoideas del esfenoides en la zona posterior. Las aberturas nasales posteriores o coanas comunican la cavidad nasal con la porción nasal de la faringe(1,2).

La boca es un componente que por su función pertenece en su mayoría al tracto digestivo, pero debido a su comunicación posterior con la faringe es de gran utilidad para acceder a la vía aérea. Se extiende desde los labios al istmo orofaríngeo. El vestíbulo de la boca se encuentra entre los labios y los carrillos externamente,

las encías y dientes internamente. La boca se delimita en el techo por el paladar duro formado por láminas palatinas del maxilar y las láminas horizontales de los huesos palatinos; Posteriormente se encuentra el paladar blando que termina en la úvula. También en la boca encontramos la lengua un musculo estriado cubierto por mucosas. La inervación de la boca esta compuesta por los nervios trigémino (V), facial (VII), glossofaríngeo (IX) y vago (X) (1,2).

La faringe es una estructura fibromuscular de doce a quince centímetros de longitud que se extiende desde la base del cráneo hasta el nivel del cartílago cricoides. En la faringe se encuentra el anillo linfático de Waldeyer , que se encarga de detectar agentes patógenos y de activar el sistema inmunitario, estos acúmulos de tejido linfático se denominan amígdalas. Se divide en tres partes:

1. Nasofaringe: cumple la función respiratoria y se encuentra por encima del paladar blando y por detrás de las fosas nasales.
2. Orofaringe: cumple función digestiva, se encuentra después del paladar blando y llega hasta el borde superior de la epiglotis.
3. Hipofaringe: Empieza en el borde superior de la epiglotis y se extiende hasta el borde inferior del cartílago cricoides.

La laringe es el órgano fibrocartilaginosa suspendido en la línea medial del cuello, por detrás de la glándula tiroidea y por encima de la tráquea, se encarga de proporcionar un esfínter protector a la entrada de aire y es el responsable de la producción de voz. Esta formado por una serie de cartílagos que se unen mediante membranas. Esos cartílagos son:

A. Impares:

- Epiglotis: cartílago superior que cierra la vía aérea, a nivel laríngeo, cuando se traga.
- Tiroidea: Cartílago medio, a esa altura se localizan las cuerdas vocales.
- Cricoides: Cartílago inferior por debajo del tiroidea. A nivel de su borde inferior se origina la tráquea.

B. Pares:

- Aritenoides: se encuentra en la parte posterior del cricoides. A cada uno de ellos se le une una cuerda vocal verdadera.
- Corniculados.
- Cuneiformes.

La tráquea es una estructura mediastínica tubular formada por una serie de anillos cartilaginosos incompletos. Comienza como continuación de la laringe, desciende siguiendo la línea medial del cuello y en el tórax termina en la carina.

Se divide en los bronquios principales derecho (más ancho y corto) e izquierdo (más fino y largo), a nivel del ángulo esternal. Los bronquios se subdividen dando lugar a millones de bronquiolos terminales.

De aquí se concluye la complejidad del sistema respiratorio y la gran importancia del conocimiento anatómico y manejo de la vía aérea, pues cuando su función se ve alterada por alguna circunstancia, se considera una prioridad inmediata la actuación sobre la misma, por el compromiso vital que supone.

El manejo de la vía aérea consistirá en la realización de técnicas y uso de dispositivos que permitan una ventilación adecuada, existen gran cantidad de modalidades y utensilios diferentes para este fin, los cuales se mencionarán más adelante. El éxito de estas técnicas dependerá de la anatomía y las circunstancias individuales de cada paciente, la disponibilidad de equipos, y de la habilidad de los profesionales a cargo de la intervención. Una de las posibilidades que nos podemos encontrar en esta línea es la realización de técnicas de manejo de una vía aérea difícil la cual consiste en “situación clínica en la cual un anestesiólogo con entrenamiento convencional experimenta dificultad para la ventilación de la vía aérea superior con una mascarilla facial, en la intubación traqueal o en ambas” (2,3).

Debido a la eventualidad de estos hechos, existe una alta probabilidad de encontrarnos ante estas situaciones en el ámbito sanitario y con ello a la dificultad que comporta este tipos de intervenciones. Es conveniente la preparación y entrenamiento adecuado de los profesionales sanitarios para lograr una actuación efectiva si fuese necesario el caso. Es por ello que el siguiente estudio pondrá en conocimiento todo aquello relacionado con el manejo de la vía aérea (4).

2 Objetivos

- Realizar una búsqueda bibliográfica sobre el manejo de la vía aérea haciendo especial mención a la vía aérea difícil.
- Conocer las diferentes técnicas y materiales de manejo de la vía aérea.
- Destacar la importancia del conocimiento de enfermería ante este tipo de técnicas.

3 Metodología

Tipo de estudio.

Revisión bibliográfica basada en la evidencia, llevada a cabo mediante la búsqueda de artículos científicos relacionados con el tema.

Método y criterios de inclusión.

Para la realización de este trabajo se utilizarán bases de datos específicas como: PubMed, Scielo y Cuiden, así como la biblioteca Cochrane Plus. Se hizo uso de Tesauro de descriptores de ciencias de la salud (DeCs). Los términos de búsqueda son: intubación, intubación difícil, manejo vía aérea y dispositivos supraglóticos. Como criterios de inclusión: artículos científicos originales publicados en un periodo de 10 años (2009-2019). En bases de datos específicas del ámbito sanitario, además de estudios publicados en español o inglés. Uso de las palabras clave en las bases de datos anteriormente nombradas junto con el uso de operadores booleanos como AND, OR y NOT. Además del empleo de entroncamientos de las palabras claves.

Criterios de exclusión.

Información extraída de buscadores sin base científica. Artículos publicados a un periodo superior de 10 años a la fecha del trabajo.

Estudios en idiomas diferentes al español o inglés.

4 Resultados

Las situaciones en las que el manejo de la vía aérea puede resultar necesario, abarca múltiples causas de orígenes diferentes entre las que contamos por ejemplo la anestesia, obstrucciones, paradas cardiorrespiratorias, hipoventilación, bajo nivel de conciencia, shock hemodinámico grave, inhalación humo, traumatismo, insuficiencia respiratoria grave, etc. Los pasos a tener en cuenta son:

1. Apertura de la vía aérea.

En esta fase se requiere mantener la cabeza alineada y en hiperextensión. Algunas de las técnicas utilizadas para la abrir la vía aérea son (4,5):

-Maniobra frente-mentón.

-Tracción mandibular-

2. Evaluación de la ventilación y la permeabilidad.

Dependiendo del ambiente donde sea necesaria el manejo de la vía aérea contaremos con diversas opciones entre las que encontramos:

-Evaluación inicial acercándonos al paciente y poniendo la oreja cerca de su boca, observaremos el pecho y valorando con el oído, el tacto y la vista la respiración,

esto no durará más de 10 segundos, se realiza ante urgencias.

-Si fuese necesario el uso de técnicas más complejas y sin menor urgencia médica se podrá realizar valoraciones más exhaustivas de la morfología del entre las que encontramos (1,2,3,4,5,6,7): a. Historia clínica. b. Signos y síntomas de obstrucción vía aérea. c. Exploración parámetros antropométricos asociados a vía aérea difícil. d. Clasificación Mallampati. e. Cormarck Lehane. f. Distancia interincisivos, es la distancia entre la encía superior e inferior. VAD si $< 2\text{cm}$. g. Test de Mordida: se considera predictor de VAD cuando los incisivos inferiores no pueden morder el labio superior. h. Distancia Tiromentionana o escala de Patil Aldreti: VAD cuando la distancia tiromentionana es $< 6\text{ cm}$. i. Distancia externomentoniana: VAD si $< 12,5\text{ cm}$. j. Otros aspectos a tener en cuenta serán: tener cuello corto, estar embarazada, tener barba, macroglosia, obesidad, traumas faciales, artritis, falta de dientes, etc.

3. Limpieza y desobstrucción si es necesario.

Una de las posibles causas de la no ventilación puede ser una obstrucción de la vía aérea ya sea por cuerpo extraño o por acumulo de secreciones. Es necesario su adecuada limpieza. Para este hecho contamos con opciones tales como (5,8):

-Extracción de cuerpos extraños en la que se tendrá en cuenta si el objeto es accesible en lo cual usaremos una extracción digital con la Maniobra de Barrido o si no es accesible para la cual tendremos en cuenta el uso de Laringoscopia y pinzas de Magil o la Fibroscopia.

-Si la obstrucción se produce por acumulo de secreciones se limpiará la vía aérea mediante Aspirado de secreciones.

4. Permeabilización.

Este paso requiere de material y técnicas de mayor complejidad a cargo del personal sanitario y es donde centraremos nuestra atención. Entre los tipos de métodos y dispositivos que podemos utilizar para el manejo de la vía aérea encontramos:

- Dispositivos supraglóticos o mascarilla facial (3,4): dispositivo utilizado para el manejo de la ventilación de manera más rápida. No es efectivo si se presenta algunas situaciones como obstrucciones o que la persona que maneja el dispositivo desconoce su técnica y provoca. La técnica para sellar la mascarilla consistirá en una colocación de la mascarilla de manera correcta con la parte superior en el puente de la nariz y la parte inferior en el mentón. Sujetar la mascarilla colocando los pulgares sobre la parte superior de la mascarilla y los dedos índice sobre la mitad inferior, los tres dedos restantes sobre la mandíbula del paciente traccionando de ella para mantener una hiperextensión del cuello manteniendo la vía

aérea abierta.

- Cánulas faríngeas (4,5,9): tubos que ayudan a permeabilizar la vía aérea son introducidos a través de la boca o de la nariz.

Indicaciones:

-Pacientes con respiración espontánea e inconscientes.
-Pacientes con respiración ausente y ventilaciones con resucitador manual.

Ventajas:

-Permite abandonar técnicas de apertura de vía aérea de modalidad manual.
-Facilitan la ventilación con mascarilla y la aspiración de secreciones.

Complicaciones:

-Provocación de vómito.
-Laringoespasma.
-Obstrucción vía aérea por tamaño inadecuado de la cánula.

Técnica:

A. Medir para tamaño adecuado desde comisura labial hasta el lóbulo de la oreja.
B. Introducir con la parte convexa hacia la nariz del paciente.
C. Introducir hasta tocar paladar duro.
D. Girar 180° y terminar de introducir el tubo.

Cánulas nasofaríngeas (5): cánula que va desde región nasal hasta la base de la lengua, pasando por las paredes nasal y orofaríngea posteriores.

Indicaciones:

-Pacientes con trismus o problemas maxilofaciales que no permiten la colocación de la cánula orofaríngea.
-Puede usarse en pacientes que conservan el reflejo nauseoso.

Complicaciones:

-Traumatismos.
-Epistaxis.
-Ulceración de la mucosa.
-No usar en sospecha de fractura en base de cráneo o mascarilla Laríngea (1,2,4,5,10): tubo corto con mascarilla elíptica neumática en su extremo distal que está diseñada para sellar la hipofaringe, situándose alrededor de la epiglotis, enfrente de la cual se sitúa el orificio del tubo.

Consideraciones:

- Se coloca a ciegas. No aísla la vía aérea.
- Las complicaciones son debidas a la incorrecta colocación o a los desplazamientos, como afonía, molestias garganta o lesiones en estructuras cercanas.
- Para poder colocarla deberemos desinflar el neumotaponamiento y lubricar la por la parte posterior de la mascarilla.
- El tubo se cogerá como un lápiz y se introducirá lentamente, con la copa dirigida hacia la lengua y la cara opuesta resbalando por el paladar.
- Se hinchará el balón con 20/40 ml de aire.
- Confirmar posición con auscultación de pulmones y epigastrio.

Fijación o mascarilla Laríngea Fastrch (1,2,4,10,11):

Consideraciones:

- Permite colocar a través de su interior un tubo endotraqueal.
- Dispone de mango metálico que facilita su colocación y puede ser reutilizado tras esterilización.

También se puede usar como una Mascarilla laríngea convencional o mascarilla I-Gel (2,4):

- Dispositivo supraglótico con vía gástrica, desechable y libre de látex.
- Diseño adaptado a las estructuras de la vía aérea para tener una adecuada adaptación sin necesidad de globo.
- Es necesario colocar el tamaño adecuado de la mascarilla a cada paciente.

5. Dispositivos supraglóticos con bloqueadores esofágicos o Combitubo (2,4,5,10): dispositivo que permite la ventilación de la víctima tanto si la inserción es en esófago como en tráquea.

Ventajas:

- Rápido establecimiento de la vía aérea.
- Puede introducirse indistintamente en esófago o tráquea.
- Permite aspiración gástrica.
- Protege contra la broncoaspiración.
- No necesita movilización de cabeza o cuello.
- Menos entrenamiento para su aplicación.

Desventajas:

- Secreciones traqueales.
- Traumáticos.

Contraindicaciones:

- Estatura <122cm.
- Reflejo nauseoso.
- Obstrucción central de la vía aérea.
- Ingestión de sustancias cáusticas.
- Patología esofágica.

Técnica:

- Abrir la boca del paciente e introducir con técnica ciega el tubo dentro de la boca.
- Entrar entre los dientes incisivos superior e inferior.
- Inflar la línea 1 del tubo a través del globo piloto azul, e insuflar 100 ml aire (sello faríngeo).
- Después inflar la línea 2 del tubo el globo piloto transparente con 15 ml de aire (sello esofágico). Si se sabe con seguridad que está en tráquea se inflará este globo con menos cantidad de aire
- Si la inserción del Combitubo es esofágica, debe iniciarse la ventilación por el tubo más largo o azul. Se comprobará los movimientos torácicos.
- Si la inserción está en tráquea se iniciará la ventilación por el tubo proximal más corto y transparente. Comprobando la correcta ventilación pulmonar.

Tubo Laríngeo (2,4,11): dispositivo de silicona para ventilar y excepcionalmente intubar, cuya instalación puede ser supraglótica o extraglótica.

Consideraciones:

- Se coloca en garganta y esófago.
- Posee dos balones, uno esofágico y otro faríngeo. Entre estos balones en la cara lateral del tubo se encuentran orificios para que el aire pase a través de ellos hacia laringe.

Ventajas:

- Necesita poco adiestramiento para su colocación.
- Protección de la vía aérea.

Desventajas:

- Posible lesión de la mucosa por presión de los globos.

6. Intubación o intubación endotraqueal (1,2,5,9): es un método definitivo para el aislamiento de la vía aérea.

Indicaciones:

- Permite sellar los pulmones del paso de cuerpos extraños en la vía aérea.
- Facilitan la ventilación y la aspiración de secreciones.

Material:

- Laringoscopio y palas.
- Bolsa de reanimación.
- Tubos endotraqueales, tubos endotraqueales convencionales o tubo de RCP de Boussignac. Con medidor CO₂, administración medicación y la capacidad de generar una presión positiva de 10cmH₂O para favorecer la expansión del tórax tras las compresiones.
- Fonendoscopio.
- Fiador semirrígido.
- Pinzas de Magil.
- Jeringa, venda o esparadrapo, lubricante.
- Sistema de aspiración, O₂.
- Cánula orofaríngea.

Técnicas:

- Ventilar y oxigenar al paciente.
- Comprobar material.
- Hiperextender la cabeza.
- Sujetar el laringoscopio con la mano Izquierda.
- Avanzar la pala desde la comisura de la boca derecha a la cara posterior de la faringe.
- Desplazar la lengua a la izquierda situando la pala en la línea media.
- Progresar la pala visualizando la epiglotis.
- Colocar la punta de la pala en el surco subepiglótico.
- Tractionar hacia delante y arriba en ángulo de 45°. No hacer palanca.
- Visualizar cuerdas vocales.
- Introducir el tubo por la parte derecha de la pala hasta que el tubo pase las cuerdas vocales.
- Marcar el tubo en 21 + - 2cm.
- Retiramos el Laringoscopio.
- Inflamos el balón de aire.
- Ventilamos y auscultamos, conectamos al O₂.
- Fijamos el tubo con cánula.
- Cada intento no debe superar los 30 segundos.
- Ventilar 1-2 minutos antes del siguiente intento o mascarilla laríngea tipo Fas-trach: mencionada anteriormente.
- AIRTRAQ (2): es de estructura similar a un laringoscopio convencional, pero con la característica de presentar una combinación de lentes que permiten la visualización de la glotis y las estructuras circundantes a través de una pantalla.

7. Dispositivos transglóticos(2): consisten en guías semirrígidas que facilitan el paso del tubo endotraqueal por la glotis.

-Fiador o Mandril.

-Guía de Eschmann.

-Introduccion de Frova.

8. Técnicas transcutáneas(2):

-Cricotomía (1,2): consiste en la realización de un orificio en la vía aérea a nivel de la membrana cricotiroides con el fin de lograr acceder a la vía aérea y lograr la ventilación del paciente. Sólo está indicado ante emergencias en las que el resto de maniobras no son aplicables.

-Traqueotomía: procedimiento quirúrgico que consiste en abrir un orificio en la parte frontal del cuello y la tráquea. Este procedimiento permite el paso del aire a la vía aérea cuando la ruta habitual de paso está obstruida o alterada. Esta opción es definitiva.

-Intubación retrograda (1): se define como la inserción de un tubo en la tráquea a través de la boca, pero con la particularidad de ser asistido por una guía que se introduce a la vía aérea desde el exterior más concretamente a nivel del área pericricotomía, en dirección cefálica hacia la cavidad oral.

9. Dispositivos ópticos (1,2):

-Laringoscopia de pala rígida (estándar o angulada).

-Laringoscopios con pala con canal: como AIRTRAQ.

-Videofibroskopios o Videolaringoscopios.

-Estiletes fibrópticos.

10, Ventilación y oxigenoterapia.

Una vez tenemos permeabilizada la vía aérea de nuestro paciente pasaríamos a la ventilación y oxigenación de los pulmones para lo cual también disponemos de diferentes técnicas y dispositivos. Una de las consideraciones será en casos de urgencia y del material que tengamos a nuestro alcance, por lo que contaremos con técnicas de ventilación de rescate que consistirán en (4,5):

-Ventilación boca-boca.

-Ventilación boca-nariz.

-Ventilación boca-mascarilla.

-Ventilación con bolsa autoinflable o también conocido como Resucitadores Manuales o Ambú: que consiste en un artilugio que proporciona ventilación con presión positiva para aquellos pacientes que no respiran o no lo hacen de manera adecuada. Se compone de una mascarilla facial, de una bolsa o balón autohinch-

able y una bolsa reservorio, una toma de oxígeno (9,11). Si disponemos de alguno de los materiales dispuestos en el apartado de permeabilización y ya tenemos la vía aérea de nuestro paciente permeable podremos ventilarlo a través del dispositivo ya sea mediante una bolsa autohinchable o mediante ventilación mecánica (12)

5 Discusión-Conclusión

La respiración es vital, y cualquier variación en este patrón puede provocar la muerte, de aquí su gran importancia. Como personal sanitario podemos encontrarnos situaciones en las que la respiración o la permeabilidad de la vía aérea se vea alterada.

El tiempo en este tipo de situaciones es de especial relevancia, por consiguiente, el personal sanitario debería estar adecuadamente formado en este tipo de técnicas y conocer los diferentes dispositivos, para reducir el máximo tiempo posible la situación de compromiso vital de la persona.

Este tipo de técnicas y dispositivos comportan una gran dificultad tanto técnica como del componente de estrés que genera la situación cuando van a ser usados, por ello un mayor contacto del personal con este tipo de técnicas mediante la formación y aprendizaje, promoverá una mejor eficiencia a la hora de su uso y en consecuencia una mejor calidad de los servicios y más posibilidades de supervivencia de los pacientes que se encuentre en situaciones de no permeabilidad de su vía aérea.

6 Bibliografía

1. Dr. Coloma R, Dr. Álvarez JP. Manejo Avanzado de la Vía Aérea. Rev. Med. Clin. Condes. 2011; 22(3): 270-279.
2. Mariscal Flores ML, Martínez Hurtado ED. Manual de Manejo de la Vía Aérea Dificil. 3ª ed. Madrid: Anestesiari; 2017.
3. Gómez Ríos MA, Gaitini L, Matter I, Somri M. Guías y algoritmos para el manejo de la vía aérea difícil. Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition). 2018; 65(1): 41-48.
4. Pascual Sedano A. Mantenimiento de la vía aérea y ventilación mecánica en paciente crítico en medio extrahospitalario. Trabajo fin de Grado. La Rioja: Escuela Universitaria de Enfermería; 2017.

5. Ige Afuso M, Chumacero Ortiz J. Manteniendo la permeabilidad de la vía aérea. *Acta med. Peruana*. 2010; 27 (4).
6. Belda I, Ayuso MA, Sala-Blanch X, Luis M, Bergé R. Test predictivo de intubación difícil en microcirugía de laringe. Estudio de validación. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 2017; 64 (2): 61-120.
7. Echevarría Hernández AT, Autié Castro Y, Hernández Domínguez K, Díaz Rodríguez C, Sirvent González Y. Pruebas predictivas para la evaluación de la vía aérea en paciente quirúrgico. *Rev cuba anestesiología y reanimación*. 2010; 9 (3).
8. Fernández San Millán R. Estudio crítico de la maniobra de Heimlich en la asfixia por atragantamiento. Trabajo Fin de Grado. Escuela enfermería Palencia; 2016.
9. Coloma R. Manejo de la Vía Aérea no Difícil. Desde la Ventilación hasta Intubación Orotraqueal. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2017; 28(5): 649-812.
10. Barrios J, Krapienis Barrios L. Dispositivos supraglóticos. *Anest Analg Reanim*. 2010; 23 (1).
11. López Correa T, Sastre JA, Garzón JC. Intubación traqueal a ciegas a través de dos dispositivos extraglóticos: Ambu, AuraGain versus LMA Fastrach. *Emergencias*; 28 (2): 83-88.
12. Esquinas AM, Jover JL, Úbeda A, Belda FJ. Ventilación mecánica no invasiva en pre e intraoperatorio y vía aérea difícil. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 2015; 62 (9): 502-511.

Capítulo 9

URGENCIAS: UN RECURSO VITAL

RAQUEL HERNÁNDEZ SIERRA

1 Introducción

La demanda de la población a los servicios de urgencias aumenta exponencialmente cada año. La función de esta rama de la sanidad es atender y resolver mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento cualquier situación que ponga en riesgo la vida del paciente o suponga una amenaza vital para el mismo o para algunos de sus órganos.

La saturación del servicio es un problema importante y generalizado en nuestro país. Esto no solo empeora la mayoría de los indicadores de calidad, sino que genera peores resultados clínicos como consecuencia del retraso de los tratamientos y además un aumento de la mortalidad.

2 Objetivos

- Describir brevemente el servicio de Urgencias.
- Comprender la importancia del Servicio.
- Conocer las actividades del mismo.

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 atención médica en Urgencias comprende:

- Triage: clasificación de los pacientes con el fin de priorizar la asistencia sanitaria y asignar el recurso asistencial adecuado a los pacientes que acuden al servicio de urgencias. Sus funciones son:
 - A. Identificar a los pacientes con riesgo vital.
 - B. Priorizar en función del nivel de clasificación.
 - C. Asegurar la reevaluación de los pacientes en espera.
 - D. Asignar el área más adecuada a cada paciente.
 - E. Aportar información acerca del proceso asistencial.
 - F. Ayudar a corregir las situaciones de saturación del SU y disminuir la congestión de las aéreas de tratamiento.
- Atención a la urgencia vital (emergencia, politraumatizado, reanimación cardiopulmonar (RCP).
- Atención a la patología urgente clínicamente objetivable.
- Atención a la patología menos urgente y no urgente con respuesta adaptada a la solicitud.
- Observación clínica: el funcionamiento de la observación es equiparable al de una unidad de hospitalización, donde se podrán realizar el tratamiento y la valoración de la evolución. Desde esta unidad se procederá al alta o al ingreso hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario para los profesionales del SU un conocimiento básico de las normas y leyes que regulan su actividad habitual. Los facultativos del servicio deben plantearse inicialmente si puede existir una repercusión medicolegal en relación con determinadas atenciones médicas (intoxicaciones, accidentes, agresiones, suicidios, etc.).

La historia clínica constituye un elemento susceptible de ser analizado desde el punto de vista jurídico para confirmar el cumplimiento de los deberes impuestos por la ley, por lo que debe cumplir unos estándares adecuados de calidad.

Un paciente puede interrumpir el procedimiento diagnóstico o terapéutico voluntariamente en cualquier momento, excepto por razones de salud pública o si se encuentra privado de su capacidad de decisión coherente y razonada. Para lograr disminuir la sobrecarga del servicio, es imprescindible una educación sanitaria a todos los niveles, iniciando en atención primaria.

6 Bibliografía

1. Tudela Pere, Modol JM. La saturación de los servicios de urgencia hospitalarios. *Emergencias*. 2015; 27:113-20.
2. López Andujar I, Tejedor M, Fernández Valderrama J, Jiménez L, Torres R. SEMES. Estándares de acreditación para servicios de urgencia de hospitales. Madrid: Saned; 2008.
3. Sánchez M, Salgado E, Miró O. Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencia. *Emergencias*. 2008; 20:48-53.
4. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. En: *Gestión asistencial de los servicios de urgencia y emergencias en España*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2010;33(suplemento 1).
5. Baca-García E. Ideación y conducta suicida. En: Giner Jiménez L, Carballo Beloso JJ, García Thuring L, Baca García E. *Urgencias en Psiquiatría. Guía Práctica para residentes*. Madrid: GlaxoSmithKline; 2006. p. 161-75

Capítulo 10

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DURANTE UNA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS

VERÓNICA ÁLVAREZ DÍAZ

1 Introducción

La hemodiálisis es una opción de tratamiento que consiste en eliminar las toxinas y el exceso de líquido de la sangre a través de un acceso vascular, cuando los riñones no son capaces de realizar esta función. Durante la sesión de hemodiálisis se pueden producir una serie de complicaciones agudas que pueden llegar a comprometer la vida del paciente. El personal de enfermería debe conocer cuáles son y actuar de manera precoz para evitar llegar a situaciones peligrosas.

2 Objetivos

- Describir las principales complicaciones que pueden surgir durante una sesión de hemodiálisis.
- Describir las actuaciones de enfermería ante las complicaciones más frecuentes.

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

Las principales complicaciones que pueden aparecer durante una sesión de hemodiálisis son:

1. Hipotensión. Las causas más frecuente son: un exceso de ultrafiltración, disminución de la osmolaridad sérica, toma de antihipertensivos, elevada temperatura del líquido de diálisis, entre otras. El paciente suele presentar náuseas, vómitos, ansiedad, taquicardia, mareo o incluso síncope. Son característicos el bostezo y la sensación de calor previas a la hipotensión. La enfermera deberá comprobar la TA, Suspender la ultrafiltración, colocar al paciente en posición de Trendelenburg e infundir un bolo de suero fisiológico. Si ésta persiste: repetir otro bolo de suero fisiológico, evitando la sobrecarga hídrica.
2. Calambres. Suelen aparecer en miembros inferiores y en las manos produciendo gran dolor en el paciente. Suelen presentarse asociados a hipotensión, por peso seco por debajo del ideal o por una baja concentración de sodio en el líquido de dializado, entre otras. En este caso la enfermera masajeará la zona afectada e indicará al paciente ejercicios de dorsiflexión de la zona afectada. Así mismo administrará 1 bolo de suero fisiológico y si con estas pautas no se consigue que ceda se administrarán 10ml de suero hipertónico al 20%. También se disminuirá la ultrafiltración.
3. Náuseas y vómitos. La causa más frecuente es que aparezcan asociadas a episodios de hipotensión. En este caso el tratamiento será: colocar al paciente en posición de fowler ó semifowler y administrar antieméticos según prescripción facultativa.
4. Cefalea. La aparición de cefalea durante la sesión suele producirse por una crisis hipertensiva, una mala tolerancia al tratamiento, etc. En este caso la enfermera debe valorar las características del dolor y el momento de su aparición. Corregirá las causas desencadenantes y administrará analgésicos según prescripción médica
5. Prurito. Se caracteriza por picor local o generalizado y entre sus causas están los niveles elevados de fósforo, aunque también puede ser consecuencia de una reacción alérgica a algún componente empleado durante la sesión. En cuanto al tratamiento la enfermera debe conocer la causa que lo produce e intentar corregirla. Además procederá a la aplicación de alguna crema hidratante,

comprobará los parámetros de la diálisis y los modificara si fuese necesario, e incluso puede ser necesaria la administración de alguna medicación.

6. Dolor precordial. Es un síntoma muy frecuente, ya que la mayoría de los pacientes presentan patologías cardíacas. Ante esta situación la enfermera debe realizar una monitorización de las Ctes vitales, realización de EKG y valorar las características del dolor. En caso de ser necesario modificará los parámetros de la sesión y avisará al médico responsable, ya que este síntoma puede derivar en una complicación grave que puede comprometer la vida del paciente.

7. Fiebre. En este caso nuestra principal sospecha será un proceso infeccioso. Se debe valorar el acceso vascular del paciente y si se trata de un catéter debe manejarse de manera aséptica. Se sacarán hemocultivos y se administrarán fármacos antipiréticos y antibióticos según prescripción médica.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales de enfermería deber contar con una formación adecuada para poder reconocer de manera precoz las complicaciones que pueden surgir durante una sesión de hemodiálisis y así poder actuar correctamente a la hora de solucionarlas, sin agravar la situación del paciente.

6 Bibliografía

1. www.seden.org
2. www.medlineplus.org
3. www.scielo.org.

Capítulo 11

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA: RETIRADA DE UNA SONDA NASOGÁSTRICA

PATRICIA VICENTE ARÉVALO

1 Introducción

Una sonda nasogástrica (SNG) es una sonda especial que lleva alimentos y medicamentos al estómago a través de la nariz. Puede utilizarse para todos los alimentos o para brindarle calorías extra a la persona.

2 Objetivos

Extraer de forma correcta una SNG cuando el paciente no la necesita, está obstruida o en posición incorrecta, evitando así posibles complicaciones.

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

Como material necesario para el procedimiento vamos a usar: una bolsa para residuos, un empapador, gasas no estériles, guantes no estériles, material para la higiene bucal, toallitas de celulosa y el registro de enfermería. El procedimiento es el siguiente:

- Realizar un lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
- Informar al paciente de que puede optar molestias en el área nasal o náuseas durante el proceso.
- Preservar su intimidad.
- Colocar al paciente en posición semi-fowler.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Colocar el empapador sobre el tórax del paciente.
- Desconectar la sonda del sistema de aspiración en caso de haberlo.
- Introducir 10cc de aire o agua a la sonda para que no tenga contenido gástrico al retirarla.
- Quitar el esparadrapo que fija la sonda a la nariz del paciente.
- Pinzar la sonda doblándola.
- Pedir al paciente que retenga la respiración para cerrar la epiglotis durante el proceso.
- Retirar la sonda de forma suave sin pausa limpiándola con la gasa a medida que va saliendo al exterior.
- Desechar la sonda en la bolsa de residuos.
- Limpiar la zona nasal del paciente si han quedado restos.
- Proporcionar el material o ayudar en la higiene bucal.
- Mantener al paciente en la posición semi fowler media hora para evitar aspiración.
- Recoger todo el material y quitarse los guantes, realizar un lavado de manos y anotar los datos precisos en el registro de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario valorar después de retirar la SNG posibles alteraciones gastrointestinales, vómitos, diarrea, distensión abdominal, intolerancia a los alimentos y comunicarlo al facultativo si es necesario.

6 Bibliografía

1. Sondaje Nasogástrico. Cuidados de la Nutrición Enteral- AMIR ENFERMERIA- 28 Diciembre 2016- disponible en <https://academiaeir.es/sondaje-nasogastrico-nutricion-enteral/>
2. Kozier B., Erb G., Berman A., Snyder S. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, Proceso y Práctica. 7ª ed. Madrid. Interamericana. McGraw-Hill; 2005..

Capítulo 12

CASO CLÍNICO: BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA EN UNA PACIENTE PEDIÁTRICA

VIRTUDES OTERO SÁNCHEZ

JOSÉ JORGE SANCHEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La colitis ulcerosa es una enfermedad que forma parte del espectro de la enfermedad inflamatoria intestinal, caracterizada por una inflamación del tracto digestivo que comienza en el recto y se extiende proximalmente de forma continua, pudiendo llegar a alcanzar todo el colon, limitándose la inflamación exclusivamente a la capa mucosa. Su incidencia está en aumento, siendo mayor en hombres que en mujeres y la edad más habitual al diagnóstico está entre los 20 y los 40 años. La incidencia global de la enfermedad varía según el país en el que nos encontremos, pudiendo ir de 1.2 a 20.3 casos por cada 100000 habitantes.

La colitis ulcerosa se produce por una mezcla de factores genéticos, puesto que entre un 8 y un 14% de los afectados tienen antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal; junto a factores inmunitarios (se asocia la presencia de anticuerpos p-ANCA de forma frecuente) y ambientales (mayor incidencia en zonas urbanas).

2 Objetivos

Determinar el correcto manejo de un brote grave de colitis ulcerosa en una paciente pediátrica.

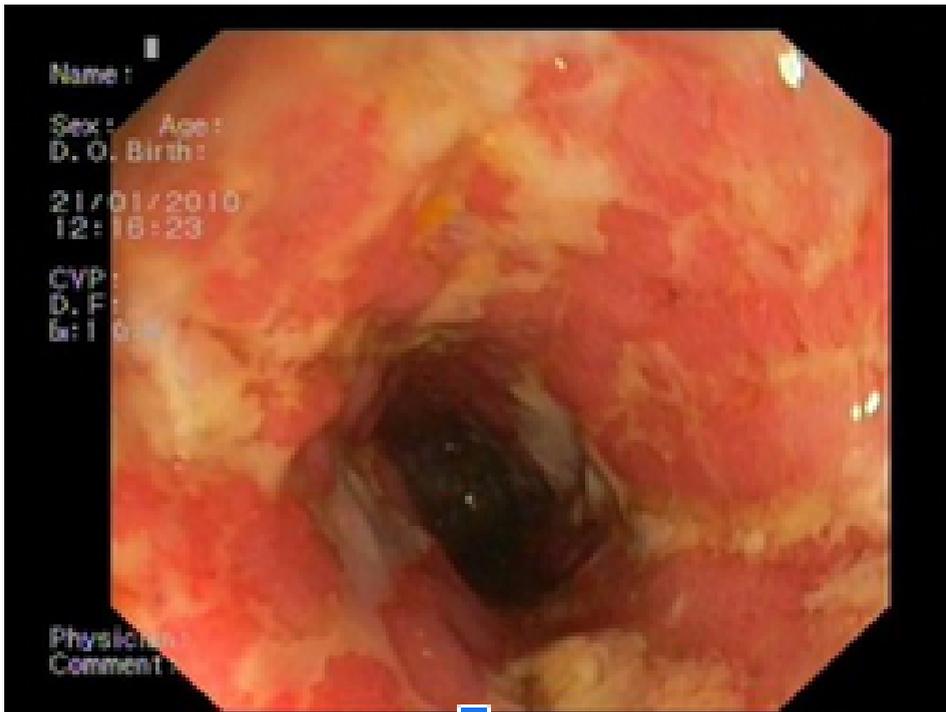
3 Caso clínico

En una persona de entre 0 y 18 años de edad con un brote agudo de colitis ulcerosa es fundamental realizar un correcto manejo del mismo, así como pautar un tratamiento de mantenimiento óptimo. El primer día del brote es fundamental establecer el PUCAI, dar tratamiento de soporte y pautar metilprednisolona intravenosa a 1-1.5 mg/kg hasta un máximo de 60mg, en una o dos dosis, manteniendo el tratamiento con 5-ASA valorando la posibilidad de que exista una infección o toxicidad colónica y actuando en consecuencia.

Si al tercer día tenemos un PUCAI menor de 45 mantenemos el tratamiento esteroideo y valoramos cambiar el mismo a vía oral si cae por debajo de 35. Si se mantiene igual o superior a 45 pensaremos en tratamientos de segunda línea y realizaremos analíticas y estudios como el cribado de citomegalovirus, y posteriormente pautaremos una sigmoidoscopia para el quinto día.

Si en ese quinto día tenemos un PUCAI de más de 65 pasamos a terapia de segunda línea (Infliximab, Tacrolimus o Ciclosporina) o, en casos graves, valoraremos la realización de colectomía. Con un PUCAI de entre 35 y 65 mantendremos el tratamiento entre dos y cinco días más mientras reevaluamos constantemente al paciente; y con un PUCAI inferior a 35 mantenemos los corticoides cambiando a la vía oral.

Si en el sexto día el progreso no es óptimo, consideraremos seriamente la posibilidad de realizar una colectomía.



4 Discusión-Conclusión

Motivo de consulta: paciente mujer, de 13 años, que ingresa debido a un brote grave de colitis ulcerosa.

Antecedentes: no tiene alergias medicamentosas conocidas. Ingresos previos a los 11 años, por meningitis vírica, y hace 8 meses, cuando fue diagnosticada de colitis ulcerosa. No tiene antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal ni de ninguna otra enfermedad de interés.

Medicación actual: tratamiento de base de su colitis ulcerosa con Imurel 50 mg en comprimidos y Pentasa 1g cada 12 horas.

Historia actual: esta paciente ingresa hace 2 meses por un cuadro de diarrea con heces sanguinolentas acompañado de un fuerte dolor abdominal. Recibió una valoración de 50 puntos en el Índice PUCAI (Paediatric Ulcerative Colitis Activity Index), con lo que fue clasificada como un brote moderado. Fue tratada con Clipper 5 mg cada 24 horas durante un mes.

A las tres semanas de suspender el tratamiento reaparecieron los síntomas, acudiendo de nuevo al hospital la paciente y presentando un PUCAI de 40, con lo que fue clasificada como un brote moderado, aislándose un Adenovirus en heces y pautándose tratamiento. Fue tratada de la misma manera y dada de alta.

Un mes y medio después acude de nuevo al servicio de Urgencias refiriendo hacer ocho deposiciones líquidas y sanguinolentas al día, algunas de ellas nocturnas, acompañándose de un fuerte dolor abdominal. Recibe una calificación de 70 en el Índice PUCAI, con lo que es clasificado como un brote grave.

En este último ingreso se presenta con buen estado general, bien hidratada y perfundida, con un abdomen blando y depresible con dolor a la palpación en fosa iliaca derecha, sin alteraciones en la inspección perianal.

Pruebas complementarias:

-Analítica: Calprotectina de 377 $\mu\text{g/g}$ (sugiere inflamación intestinal), Quantiferon TB Golg Plus negativo, antígeno de Rotavirus negativo en heces. El resto de la analítica es normal.

-Ecografía abdominopélvica: se observa un moderado engrosamiento de las paredes de parte del colon sigmoidees y del colon transverso a expensas de la capa submucosa, con marcada hiperecogenicidad y engrosamiento de la grasa localizada adyacente al ciego.

-Rectosigmoidoscopia: se observa una mucosa con inflamación moderada/importante, friable y con pequeñas úlceras, de forma que se toman muestras para biopsia y cultivo.

Impresión diagnóstica: brote de colitis ulcerosa posiblemente corticorresistente

Tratamiento: se pauta inicialmente tratamiento profiláctico con Septrin 160 mg cada 12 horas tres días a la semana, junto a metilprednisolona 30 mg IV cada 12h, Plasmalyte 50 ml/hora y analgesia. Ante la sospecha de brote corticorresistente, al cuarto día del ingreso se pauta Infliximab y se reduce la dosis de corticoides 10 mg a la semana (cambiando a vía oral), manteniendo su dosis basal de Imurel.

Al alta presenta un PUCAI de 30, siendo calificado entonces como brote leve, presentando 2-3 deposiciones firmes al día, con desaparición del dolor abdominal. La calprotectina al alta es de 109 $\mu\text{g/g}$ (valores de entre 50 y 250 $\mu\text{g/g}$ sugieren remisión).

5 Bibliografía

1. Dan Turner , MD, PhD 1,18, Simon P.L. Travis , FRCP 2,18, Anne M. Griffiths , MD 3,18, Frank M. Ruemmele , MD, PhD 4,18, Arie Levine , MD 5,18, Eric I. Benchimol , MD, PhD 6,18, Marla Dubinsky , MD 7,18, George Alex , MBBS, FRACP, PhD 8,18, Robert N. Baldassano , MD 9,18, Jacob C. Langer , MD 3,18, Robert Shamberger , MD 10,18, Jeffrey S. Hyams , MD 11,18, Salvatore Cucchiara , MD, PhD 12,18, Athos Bousvaros , MD, MPH 10,18, Johanna C. Escher , MD, PhD 13,18, James Markowitz , MD 14,18, David C. Wilson , MD 15,18, Gert van Assche , MD, PhD 16,18 and Richard K. Russell , PhD 17,18; Consensus for Managing Acute Severe Ulcerative Colitis in Children, *The American Journal of GASTROENTEROLOGY*, *Am J Gastroenterol* 2011; 106:574–588; doi: 10.1038/ajg.2010.481
2. Dan Turner, Arie Levine, Johanna C. Escher, Anne M. Griffiths, Richard K. Russell, Axel Dignass, Jorge Amil Dias, Jiri Bronsky, Christian P. Braegger, Salvatore Cucchiara, Lissy de Ridder, Ulrika L. Fagerberg, Séamus Hussey, Jean-Pierre Hugot; Management of Pediatric Ulcerative Colitis: Joint ECCO and ESPGHAN Evidence-based Consensus Guidelines; *European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition*, 2012; DOI: 10.1097/MPG.0b013e3182662233
3. Dan Turner, Arie Levine, Johanna C. Escher, Anne M. Griffiths, Richard K. Russell, Axel Dignass, Jorge Amil Dias, Jiri Bronsky, Christian P. Braegger, Salvatore Cucchiara, Lissy de Ridder, Ulrika L. Fagerberg, Séamus Hussey, Jean-Pierre Hugot; Part 1 and 2 of: Management of Paediatric Ulcerative Colitis, Part 2: Acute Severe Colitis—An Evidence-based Consensus; August 2018; *JPGN Volume 67, Number 2*.
4. Ulcerative Colitis, U.S. National Library of Medicine, Disponible en: <https://medlineplus.gov/ulcerativecolitis.html>
5. Ulcerative Colitis: Management in Adults, Children and Young People; National Clinical Guideline Centre (UK). London: Royal College of Physicians (UK); 2013, Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK258828/>

Capítulo 13

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON HIPOGLUCEMIA

CRISTINA ALONSO BELOSO

ADRIANA RODRÍGUEZ PAREDES

CRISTINA TORREALBA ROBLES

MARIA LEONOR TORREALBA ROBLES

1 Introducción

La evolución en los protocolos en urgencias nos sitúan ante un nuevo ámbito de especialización en la enfermería. La intervención temprana en las diferentes situaciones que se nos puedan presentar en las urgencias hospitalarias y extra-hospitalarias, mejoran notablemente la eficacia de las intervenciones y agilizan de manera exponencial la organización de las Unidades de Urgencia de los hospitales. Si bien, hay que destacar que cada comunidad autónoma maneja sus propios protocolos y, establecen de manera autónoma sus actividades con los pacientes, se puede intentar establecer un paradigma común en la intervención temprana con los pacientes que sufren una hipoglucemia y acuden a urgencias.

2 Objetivos

- Definir hipoglucemia.
- Conocer la clínica de hipoglucemia.
- Determinar las causas de hipoglucemia.

- Definir tratamiento específico de la hipoglucemia.
- Aportar consejos para prevenir la hipoglucemia.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura entre los años 2006 y 2016 en diversas fuentes: tanto en bases de datos, en libros como en artículos de revistas. Para la selección de la bibliografía se han empleado como descriptores o palabras clave los siguientes términos, tanto en español como en inglés, siendo utilizadas de forma combinada: hipoglucemia, diabetes, enfermería, educación diabetológica y tratamiento diabetológico. Al ser empleados de manera combinada se ha utilizado el operador booleano “AND”. La búsqueda de la bibliografía que ha hecho posible este trabajo ha sido llevado a cabo mediante la ejecución de diferentes fases:

- Primera fase: se realizó una búsqueda sistemática exhaustiva en diferentes bases de datos. De todas las bases de datos utilizadas, aquellas de las que se extrajo una mayor información para la ejecución de este trabajo fueron: PUBMED (Medline), Dialnet, CUIDENplus, IBECs (Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud) e IME (Índice Médico Español), entre otras. También se extrajo información del portal electrónico Google Académico.
- Segunda fase: se consultaron diversos libros sobre Diabetes, ubicados en Bibliotecas Virtuales de Ciencias de la Salud.
- Tercera fase: fueron revisadas gran cantidad de guías clínicas sobre diabetes, las cuales fueron encontradas en las diversas bases de datos consultadas.

4 Resultados

Los diferentes tipos de hipoglucemia son:

- Leve: aquella que uno puede tratar por sí mismo y la glucemia remonta fácilmente.
- Moderada: es posible tratarla uno mismo. En este caso el organismo reacciona produciendo síntomas autonómicos que permiten tomar las decisiones adecuadas.
- Inadvertida: se producen síntomas neuroglucopénicos sin que haya habido síntomas adrenérgicos de advertencia. Si un diabético tiene muchas hipoglucemias las hormonas contrarreguladoras se secretarán cada vez a unos niveles más bajos de glucemia, lo que conllevará a que se tengan síntomas de déficit de glucosa en el cerebro sin haber notado síntomas de advertencia.

-Grave: los síntomas son tan severos que imposibilitan a la persona para reaccionar. Se precisa una segunda persona para ayudar a remontar la hipoglucemia administrando glucosa oral o glucagón. Se puede producir pérdida de conciencia y convulsiones.

-Retrasada: es un término que se utiliza para definir aquellas hipoglucemias que se producen entre 4 y 24 horas después de haber hecho ejercicio físico. Esto se debe a que durante el ejercicio se ha utilizado la reserva de glucógeno del hígado. Esta reserva tiende a rellenarse después del ejercicio lo que podría causar una hipoglucemia.

5 Discusión-Conclusión

-La frecuencia de hipoglucemias es mayor y menos reconocible por el paciente cuanto más larga es la evolución de la DM2 y en los pacientes de edad avanzada o con complicaciones (neuropatía) de la DM2.

-La sospecha y detección activa de hipoglucemias de repetición en especial las asintomáticas evitaría la presencia de hipoglucemias graves y recupera los síntomas defensivos.

-Los costes materiales, de calidad de vida y psíquicos del paciente son altos

-La hipoglucemia es uno de los principales factores limitantes del tratamiento farmacológico de la DM2. - Afecta a la calidad de vida de los pacientes y también a su supervivencia, ya que se ha relacionado la presencia de hipoglucemias graves con un incremento de la morbimortalidad cardiovascular.

-Es necesario explicar claramente a un paciente y familiares la manera correcta de administrar insulina para prevenir posibles problemas, además de mantener una dieta adecuada y realizar ejercicio físico.

Hay que tener en cuenta que más del 90% de las hipoglucemias son exógenas y, por tanto, evitables con una adecuada educación sanitaria. El 10% restante corresponde a hipoglucemias secundarias a enfermedad orgánica. Su aparición depende de la velocidad de instauración, intensidad y niveles previos de glucemia. Los síntomas clínicos suelen presentarse en dos fases:

-Fase autonómica o neurógena: es la primera en aparecer, pero puede estar ausente.

1. Síntomas adrenérgicos (por el aumento de adrenalina y noradrenalina): temblor, ansiedad, excitación, debilidad, palidez, palpitaciones, taquicardia, hipertensión.

2. Síntomas colinérgicos (acetilcolina): diaforesis, salivación, hambre, parestesias, náuseas, vómitos, dolor abdominal.

- Fase neuroglucopénica: Aparece por la disminución de aporte de glucosa (único nutriente que metabolizan las neuronas) a las neuronas, cursa con: distermia, astenia, cefalea, hipotonía, dificultad para concentrar la atención, confusión mental, comportamiento anómalo (delirio, negativismo, psicosis, labilidad emocional), déficit neurológicos focales transitorios (disartria, diplopía, visión borrosa, visión doble, ataxia, paresia), obnubilación y, si la situación es grave y prolongada, convulsiones, estupor, coma y muerte.

Las causas de hipoglucemia diabética pueden ser las siguientes:

-Secundarias al tratamiento: Insulina o antidiabéticos orales.

-Relacionada con una ingesta alimenticia escasa o enfermedades que interfieren en la absorción.

-Aumento del consumo periférico de glucosa por ejercicio o estrés.

6 Bibliografía

1. Figuerola D, Reynals E. Diabetes mellitus. En: Farreras Valentí P, Rozman C. Medicina interna. Vol. II. Decimoquinta edición. Madrid: Elsevier; 1998. p. 1934 - 1937.

2. Fundación para la diabetes. Síntomas de la hipoglucemia. http://www.fundaciondiabetes.org/diabetesinfantil/la_diabetes/hipoglucemia.htm.

3. Medlineplus: Enciclopedia médica. Diabetes. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001214.htm>.

4. Escuela de medicina. Pontificia universidad católica de Chile. Complicaciones agudas de la diabetes mellitus. <http://escuela.med.puc.cl>

5. Ruiz Ramos M et al. La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. Gac Sanit. [en línea] 2006 [fecha de acceso 3 de noviembre de 2009]; 20: 15 – 24. URL disponible en: <http://www.sespa.es>

Capítulo 14

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: INDICACIONES DE LA EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS

ALBA MARÍA PASTOR TUÑÓN

ADA AGUDIN MARTÍNEZ

SARA MARIA GARCIA FERNANDEZ

ANA ALVAREZ BUSTO

1 Introducción

Las enfermedades infecciosas son aquellas producidas por un agente patógeno que se introduce en el organismo. La bacteriemia es la presencia de bacterias en el flujo sanguíneo que se identifica por su aislamiento en los hemocultivos. Se trata de un importante problema clínico ya que entre un 5 y un 17% de los pacientes de urgencias tienen problemas infecciosos. La bacteriemia supone una gran morbimortalidad y su frecuencia ha crecido recientemente, entre el 20 y el 50%.

La extracción de hemocultivos es una técnica que consiste en realizar una venopunción con el fin de identificar la existencia de bacterias u otros microorganismos a través de una muestra sanguínea. Se recomienda su extracción ante la presencia de escalofríos, fiebre (temperatura corporal $\geq 38^{\circ}\text{C}$) o hipotermia en neonatos y pacientes ancianos. También ante leucopenia, leucocitosis o trombopenia no

relacionada con procesos hematológicos, otros signos de infección focal o sepsis, así como en el caso de sospecha de endocarditis. Además, siempre se deben extraer cuando se envía a cultivar un catéter por sospecha de bacteriemia originada en el mismo.

2 Objetivos

Identificar las indicaciones más actualizadas de la extracción de hemocultivos y cómo debe realizarse la técnica.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Google académico, Pubmed, Dialnet y Scielo. Se han empleado como descriptores de las palabras clave: hemocultivos, actualización, procedimiento, guía y enfermería. Se han empleado como criterios de inclusión textos en idioma castellano e inglés y de exclusión aquellos que carecen de acceso gratuito.

4 Resultados

Como hemos indicado previamente, la principal indicación para la extracción de hemocultivos es la sospecha de infección sistémica, especialmente en personas susceptibles de padecer fiebre de origen desconocido (absceso oculto, fiebre tifoidea, brucelosis, etc.), infección intraabdominal, infecciones graves de la piel y tejidos blandos, artritis, pielonefritis, neumonía, osteomielitis y meningitis. La extracción de hemocultivos también está indicada en niños pequeños o ancianos con un decaimiento súbito, ya que en estos grupos pueden no presentarse los signos y síntomas típicos de la bacteriemia. Para tratar de determinar el foco del proceso, el cultivo de la sangre debe complementarse con el de muestras de otras localizaciones.

Obtener de forma correcta una muestra de sangre que permita aislar al agente infeccioso, disminuyendo al máximo los factores externos causantes de contaminación, en las condiciones adecuadas de seguridad para el paciente, el profesional y el entorno, aumenta la fiabilidad de los resultados, reduciendo los falsos positivos. El procedimiento de extracción de hemocultivos sería:

1. Material necesario:

-Jeringas 20 ml.

- Agujas estériles de punción intravenosa (o palomilla en caso necesario).
- Compresor.
- Gasas estériles.
- Mascarilla.
- Antiséptico: clorhexidina alcohólica al 2% (usar povidona yodada o alcohol de 70° si hay alergia o clorhexidina acuosa en punción a niños menores de 2 meses, según procedimiento de antisépticos del centro).
- Paño estéril.
- Frascos de hemocultivo:
 - A. Paciente adulto: un frasco para aerobios y otro para anaerobios, en cada extracción.
 - B. Paciente pediátrico: un único frasco específico.
- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- Esparadrapo.
- 2. Procedimiento:
 - Preparación del material.
 - Identificación ante el paciente con nombre y categoría profesional (se deben llevar visibles en todo momento las tarjetas de identificación personal).
 - Identificación ante el paciente con nombre y categoría profesional (se deben llevar visibles en todo momento las tarjetas de identificación personal).
 - Identificación inequívoca del paciente, utilizar la pulsera identificativa si es necesario.
 - Informar al paciente del procedimiento que se va a realizar.
 - Mantener la privacidad durante todo el procedimiento. Preservar su intimidad.
 - Identificar los frascos en los cuales van a recogerse las muestras biológicas. Deberán consignarse los siguientes datos:
 - A. Etiqueta identificativa del paciente (en ausencia de esta, nombre y apellidos rotulados). Siempre colocada en posición horizontal.
 - B. Etiqueta identificativa de la muestra: Debe colocarse siempre en vertical. Esta etiqueta también deberá situarse en el volante que acompaña la muestra.
 - C. Cuando se trate de varias muestras seriadas, se anotará el número de orden de la muestra (1º, 2º, etc.).
 - D. Las etiquetas identificativas no deberán ocultar ningún código de barras del frasco, ni la ventana lateral del líquido, ni la base del mismo.
 - Retirar los tapones externos de los frascos y desinfectar el tapón de goma con clorhexidina alcohólica al 2%, dejar secar 30 segundos.
 - Preparación de campo estéril.

- Colocar el compresor.
 - Elegir la zona de venopunción. Cerciorarse de la viabilidad para la obtención de la muestra, no ejecutando el procedimiento si no se tiene completa seguridad sobre ello. No extraer la muestra de ninguna vía ya canalizada, salvo para descartar bacteriemia asociada a catéter.
 - Higiene de manos y colocación de guantes no estériles.
 - Desinfectar la zona de la venopunción con gasas estériles impregnadas en clorhexidina alcohólica al 2%, dejar secar al menos 30 segundos. En niños menores de 2 meses, utilizar clorhexidina acuosa para evitar quemaduras sobre la piel no queratinizada. En caso de alergia a clorhexidina consultar el procedimiento de uso de antisépticos del centro.
 - Retirada de guantes e higiene de manos (IA).
 - Colocarse la mascarilla.
 - Colocarse los guantes estériles.
 - Proseguir con la técnica de venopunción, extrayendo 20 ml de sangre en adultos y entre 1 ml y 5 ml en niños. En el caso de niños en edad pediátrica se realizará una única extracción de 1-5 ml, que se introducirá en un solo frasco aerobio, especial para hemocultivos pediátricos. No se recomienda la extracción seriada de hemocultivos en niños excepto en casos especiales.
 - Introducir 10 ml. de sangre en el frasco anaerobio evitando cualquier entrada de aire y repetir con el frasco aerobio (no es necesaria la inoculación de aire posterior).
 - Homogeneizar en contenido de los frascos moviéndolos ligeramente para que la sangre se mezcle con el medio de cultivo.
 - Validar la tarea de extracción.
 - Enviar la muestra al laboratorio. Si por circunstancias horarias no se pudieran recepcionar las muestras por el personal del laboratorio (turno de tarde, noche, fin de semana o festivo) se indicará en el volante que deben ser conservadas a temperatura ambiente en el propio Laboratorio de Microbiología, hasta su procesamiento. Nunca se deben conservar las muestras en nevera ni en estufa.
3. Observaciones:
- Mantener la esterilidad durante la extracción.
 - No utilizar algodón.
 - No extraer la muestra de ninguna vía ya canalizada, salvo para descartar bacteriemia asociada a catéter, en cuyo caso deberá hacerse coincidir con la extracción de un hemocultivo periférico (ver procedimiento). En este caso, se enviará también a cultivar el catéter una vez retirado.

- Cuando no existan venas accesibles pueden extraerse muestras de sangre arterial.
- Utilizar una nueva aguja en caso de fallo en la venopunción.
- La extracción con palomilla será solo en casos excepcionales e introduciremos en primer lugar la muestra aerobia, para evitar la entrada del aire que ocupa la tubuladura en el frasco anaerobio, que siempre deberemos asegurar que vaya sin aire.
- Los frascos no precisan ser tapados tras la obtención de la muestra. No tapar los frascos con algodón, vendas o esparadrapo.
- Las muestras deben tomarse en dispositivos estériles y herméticos.
- Cada frasco de hemocultivo debe ir identificado con la pegatina de identificación del paciente y con la pegatina de identificación de la muestra, teniendo en cuenta que es importante seguir las instrucciones correctas de etiquetado, para permitir el adecuado procesamiento posterior de la muestra en el Laboratorio de Microbiología, que se verá interrumpido o retrasado si el etiquetado no es correcto. Las etiquetas adhesivas para la identificación de los frascos se evitará situarlas ocultando el código de barras del frasco, la ventana lateral del líquido o la base de la botella.
- Cada frasco debe ir acompañado del volante de petición, en el que figurarán los mismos datos de identificación que en el frasco de hemocultivo (nº de muestra, datos de identificación del paciente).
- En caso de que concurran circunstancias que puedan justificar la contaminación de la muestra (flebitis, extracción dificultosa, interferencias del paciente, etc.) se hará constar en las observaciones de la tarea de extracción.
- Se considera suficiente la extracción de dos hemocultivos por paciente, previos a la instauración del tratamiento antibiótico (en pacientes pediátricos un hemocultivo).
- La venopunción para cada extracción deberá realizarse siempre en localizaciones anatómicas distintas.
- En caso de imposibilidad en los adultos de obtener una muestra de 20 ml para completar el llenado de la muestra aerobia y anaerobia, se enviará el tubo aerobio con entre 8 y 10 ml de sangre, pero en ningún caso se introducirá la muestra en tubo pediátrico.
- El intervalo de tiempo entre las extracciones será entre 10 min. y 30 min. cuando sea posible; en los casos en que precise una instauración rápida del tratamiento antibiótico, la extracción puede hacerse de forma sucesiva. En caso de endocarditis subaguda, las 3 extracciones se reparten en 24 horas y si los hemocultivos son negativos, se obtendrán otras tres muestras al día siguiente. En caso de bac-

teriemia mantenida, cualquier momento puede ser bueno.

-Cuando se trata de fiebre intermitente se obtiene una mayor rentabilidad si la muestra se extrae durante la hora anterior a la elevación térmica que suele coincidir con la aparición de escalofríos o tiritona, ya que este periodo coincide con el paso de bacterias desde el foco infeccioso a la sangre y existe una mayor concentración de microorganismos viables.

-Cuando la elevación térmica no se puede predecir, se comenzará a sacar los hemocultivos al inicio de la fiebre.

5 Discusión-Conclusión

Es importante identificar a los pacientes con sospecha diagnóstica de sepsis de forma precoz, por lo que la extracción de hemocultivos debe incluirse siempre en la valoración inicial, con el objetivo de identificar el agente causal de dichas infecciones. La sepsis es una patología que desencadena un fallo multiorgánico, siendo tiempo-dependiente, y la demora en la identificación de la misma por cualquier personal sanitario puede suponer la muerte del paciente.

La utilización de una técnica antiséptica correcta en la extracción de hemocultivos, evitará falsos positivos, contaminaciones cruzadas y ayudará a realizar un buen diagnóstico diferencial, contribuyendo a mejorar el uso de los antibióticos, disminuyendo así el gasto sanitario y controlando la resistencia a los antimicrobianos.

Los profesionales de enfermería deben conocer la técnica correcta y coordinarse con el resto del personal sanitario para garantizar el adecuado transporte y conservación de las muestras. Además, es relevante la formación de enfermería como del resto de profesionales sanitarios, a la hora de identificar clínicamente a los pacientes con sospecha de sepsis, con el fin de iniciar el proceso diagnóstico terapéutico de forma multidisciplinar lo antes posible.

6 Bibliografía

1. Tudela P, Giménez M, Módol Deltell JM, Prat C. Medicina Clínica 2016. Vol. 146, Nº. 10: 455-459.
2. Bouza E, Loza E, Planes, A, Rodríguez Cobacho A. Procedimientos en Microbiología Clínica, Hemocultivos. 1993. Coordinador, J Romero Vivas, Ed JJ Picazo. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Madrid.

3. García Juárez D, Sancho Cantus D, Solera Gómez S. Intervención formativa en la extracción de hemocultivos en el servicio de urgencias de un hospital comarcal para disminuir su tasa de contaminación. *Enfermería integral* 2018; 44-48. – nº 118.
4. Protocolo de Extracción de Muestras de Sangre para Cultivo del Área Sanitaria III, SESPA.

Capítulo 15

VÍA INTRAÓSEA: UNA ALTERNATIVA EN LA URGENCIA

MARÍA GARBAYO BERRADRE

VERONICA MIRANDA SANTAFÉ

IRANZU MARTÍNEZ PEREZ

1 Introducción

Cuando la vía periférica se hace inaccesible o los segundos son tan valiosos que conseguir un acceso periférico supone una pérdida de tiempo vital, sobre todo en el ámbito de las urgencias, la vía intraósea (VIO) se convierte en una gran alternativa. Los huesos largos tienen una cavidad medular ocupada por una rica red de capilares sinusoides que drenan al gran seno venoso central. Éste permite pasar líquidos a la circulación general con una rapidez y un inicio de acción similar a una vena periférica. Hablamos de una gran vía de elección en situaciones de difícil acceso venoso.

2 Objetivos

- Dar a conocer el adecuado uso y las técnicas de inserción de la vía intraósea, las regiones anatómicas de abordaje, sus indicaciones y contraindicaciones, los diferentes dispositivos y su manejo, para actuar de forma rápida y eficaz, aumentando la calidad de los cuidados y favoreciendo la seguridad del paciente.
- Resaltar la vía intraósea como una gran alternativa.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en algunas de las bases científicas (Pubmed y Scielo), obteniendo en la búsqueda tanto resultados de libros publicados, como artículos de revistas médicas en la web y diferentes protocolos de actuación sanitarios oficiales. Las palabras clave utilizadas han sido: vía intraósea, urgencias, paciente crítico, médula ósea y acceso vascular.

4 Resultados

En 1922 (Dinker y Doan) se describió la anatomía de la médula ósea y su importancia en la perfusión de líquidos en animales. La describen como una vena no colapsable. Pero no fue hasta 1934 cuando se usa por primera vez en humanos para tratar una anemia perniciosa con transfusiones sanguíneas. En los años 40 se usaría también en el tratamiento de la granulopenia. Y fue muy común su utilización durante la Segunda Guerra Mundial.

Entre 1950 y 1960 empieza a ser reemplazada por el uso de los catéteres intravenosos con la aparición de las cánulas de plástico y polifluoroeno que facilitaron las perfusiones intravenosas prolongadas. A su vez, las nuevas técnicas de acceso intratecal, intracardiaco, sublingual e intraperitoneal hacen disminuir su interés.

En los años 70 resurge su uso para la administración de medicamentos como el Ringer Lactato, solución salina, dexametasona, atropina, lidocaína, y heparina. En 1984 Orłowski la recomienda como primer procedimiento de administración en situación crítica.

Un estudio de 1985 (Rosetti) demostró en la utilización de esta vía un 2,1% de fallos y un 0,6% de complicaciones de osteomielitis, cifras bajas considerando que se utilizaba en muchos casos de forma prolongada. Ese mismo año fue introducida en las guías de reanimación pediátrica de la American Heart Association. A la larga, estudios posteriores han dejado más que evidente la seguridad, eficacia, y gran velocidad de absorción de la vía intraósea. Comparables a las cánulas intravenosas de igual calibre. A finales de los años 90 comenzaron a producirse nuevos dispositivos, paliando las limitaciones que existían hasta entonces.

La médula ósea no colapsa, pudiendo administrar cualquier fármaco, sangre o líquido con dosis idénticas a las que manejamos en la vía venosa.

Debemos tener en cuenta siempre que es de carácter temporal, y su uso va en-

caminado a la reanimación del paciente o hasta que podamos acceder a una vía venosa periférica o central. Y que los fármacos y líquidos deben ser inyectados a presión para superar la resistencia de las venas emisarias que conectan la cavidad intramedular con la circulación general a través de los vasos microscópicos de la cortical ósea. Pueden administrarse por esta vía sueros (cristaloides y coloides), derivados sanguíneos (recuento de hematíes, plasma, plaquetas) y fármacos:

- Sustancias vasoactivas (adrenalina, noradrenalina, dopamina, dobutamina).
- Inductores de analgesia (cloruro mórfico, fentanilo).
- Relajantes musculares (succinilcolina).
- Antibióticos (ampicilina, gentamicina).
- Anticonvulsivantes (diazepam, midazolam, fenobarbital, tiopental).
- Corticoides (dexametasona, metilprednisolona), atropina, digoxina, insulina, heparina, amiodarona.

Tras la administración de fármacos se recomienda un bolo posterior de 5ml de solución salina para asegurar la llegada a la circulación sistémica.

Importante: es excepción el suero salino hipertónico. Ya que se puede producir una hipocelularidad con edema y adelgazamiento del periostio.

Desde el año 2000 la Asociación Americana del Corazón (AHA) y el Consejo Europeo de Resucitación (ERC) recomiendan la vía intraósea en situaciones de parada cardiorrespiratoria, shock, convulsiones intratables, y demás emergencias.

Indicaciones:

- Aquellas situaciones en las que no es posible obtener un acceso venoso por colapso circulatorio, ya sea de origen médico o traumático.
- Pacientes muy graves tras 2-3 intentos de punciones venosas.
- Tras 1 min sin obtener un acceso venoso periférico en niños.
- Grandes quemados, pacientes con edemas severos, hipovolemia, politraumatizados, convulsiones severas, y pacientes en estado de shock que requieran reanimación cardiopulmonar (RCP).
- Recién nacidos en asistolia y, como vía segura en niños de 0-6 años, hasta niños de 12 años.
- Soluciones irritantes o hiperosmolares.
- Para la obtención de muestras de sangre, determinación de gases y valores bioquímicos: pH, CO_3H , pCO_2 , hematocrito, hemoglobina, grupo ABO y Rh, niveles de drogas, urea, creatinina, proteínas totales y albúmina, sodio, lactato, calcio, etc.

Sin embargo, no es tan fiable en los análisis de serie blanca y recuento leucocitario, spO_2 , potasio, y otros análisis de laboratorio tras 5mins de RCP si se han perfundido drogas o fluidos.

Contraindicaciones:

- Son contraindicaciones absolutas los huesos con traumatismos o fracturados, hueso en el que se ha intentado colocar una vía intraósea previamente, y huesos de las extremidades inferiores en pacientes con traumatismo abdominal grave.
- Son contraindicaciones relativas la osteoporosis, infecciones, celulitis en el lugar de inserción, osteomielitis, tumores óseos, y quemaduras en el lugar de la punción.

Dispositivos:

- Diferenciamos entre dispositivos manuales, de colocación mediante disparo, y en tercer lugar mediante taladro.
- Dentro de los dispositivos manuales encontramos agujas (con estilete, bisel corto y multiperforadas, de punción lumbar, hipodérmicas, epicraneales, etc.), JAMSHIDI, FAST1 (First access for shock and trauma), y COOK.
- JAMSHIDI: es una aguja con trocar y tirador. Permite ajustar la profundidad de la penetración por su sistema de rosca. Se utiliza 15G para niños y 18G para adulto (2).
- FAST1: especialmente indicado para la punción esternal. Contraindicado en niños. Y cuenta con diferentes calibres según la edad del paciente.
- COOK: aguja con manubrio, manguito y aletas, conocida como seta. Su calibre varía entre los 14G y los 18G, y no dispone de sistema de rosca.

Técnica:

- Localización del punto de inserción. Debemos anestesiar antes la zona, si el paciente está consciente, con anestésico local (lidocaína 1%).
- Lavado de manos.
- Limpiar la piel con solución antiséptica (clorhexidina alcohólica 2%).
- Colocación de guantes estériles.
- Sujetar la zona con la mano no dominante y el catéter en la palma de la mano dominante apoyando el dedo índice a 1cm de la punta de la aguja para no profundizar mucho.
- Insertar la aguja perpendicular al hueso con la punta en dirección contraria al cartílago de crecimiento y con un ángulo de 60-75°.
- Avanzar a través de la cortical con movimiento rotatorio suave y firme. Al atravesar el córtex del hueso notaremos pérdida de resistencia que indica que estamos

en la cavidad de la médula ósea, y sensación de crujido en el tacto. Insertar 2-3cm (2). En los lactantes la distancia entre la piel y la trabécula ósea no supera el centímetro.

- Desenroscar el extremo posterior de la aguja y retirar el estilete o fiador.
- Aspirar con una jeringa de 10cc y comprobar la extracción de médula ósea. Esta muestra es útil para análisis de gases sanguíneos y cultivos.
- Introducir 2-3cc de suero fisiológico para comprobar la ausencia de extravasación.
- Fijar el catéter al miembro con un paquete de gasas y esparadrapo e inmovilizar el miembro con una férula y venda si es necesario.
- Inyectar 10cc de solución fisiológica al 0,9%.
- Evaluar resistencia de la inyección, signos de extravasación... etc. Si fuera el caso, retiraremos la aguja y lo intentaremos en otra extremidad.
- Conectar el sistema de perfusión con alargadera y llave de 3 vías.
- Fijar el sistema a la piel del paciente.
- Radiografía de revisión para asegurar el éxito del acceso.

La zona de inserción de primera elección con agujas manuales en pacientes de 6 años o menos será tibia proximal. Mientras que en los pacientes mayores de 6 años será tibia distal (2).

Dentro de los dispositivos de colocación mediante disparo encontramos la pistola de infusión intraósea o Bone Injection Gun (BIG). Propulsa un catéter metálico que se inserta en la médula. El calibre más utilizado es el 15G. Este dispositivo es el más seguro y el que menos complicaciones ocasiona.

Técnica:

Se sujeta la pistola colocando los dedos índice y medio de nuestra mano dominante por debajo de las pestañas del cuerpo de la pistola, de forma que la flecha se dirija hacia el punto de la punción. Retiraremos el pasador de seguridad con la mano dominante, mientras con la otra mantenemos en posición la pistola sin realizar presión alguna. Dispararemos la pistola manteniendo los dedos índice y medio bajo las pestañas a la vez que presionamos el disparador. El catéter se inserta en la médula ósea con técnica estéril accionando el gatillo. Retiraremos la pistola y sacaremos el mandril. La zona de inserción de primera elección a cualquier edad es la tibia proximal, mientras que en los mayores de 18 años la segunda será en cabeza humeral (2). Finalmente, dentro de los dispositivos de colocación mediante taladro tenemos el EZ-IO. Se trata de una aguja-broca estéril con catéter que se conecta a un taladro recargable. Posee un gatillo con dispositivo de

seguridad. Las agujas son únicamente de calibre 15G variando de longitud desde los 15mm, si se usa en adultos (25mm) o en adultos obesos (45mm).

Técnica:

La técnica es similar a la del resto de dispositivos por lo que una vez realizada la punción retiraremos el impulsor y aspiraremos para asegurarnos de que estamos en la médula. En este caso la aguja queda totalmente fija a la piel y no necesita de ningún fijador externo. La zona de inserción de primera elección es tibia proximal, siendo la cabeza humeral la segunda a cualquier edad (2).

Puntos de inserción:

Para determinar la localización del punto de inserción separamos entre menores de 6 años (incluidos neonatos), y mayores de 6 años (incluidos adultos). En niños la médula roja vascular va cambiando a médula amarilla menos vascularizada y va infiltrándose de células grasas. Por lo que las regiones anatómicas de abordaje propicias disminuyen en el adulto.

En pacientes neonatos y menores de 6 años buscaremos:

-Tibia proximal: línea media cara anterointerna tibial, 1-3cm por debajo de la tuberosidad, con un ángulo de 60° o ligeramente caudal. La cavidad medular es grande y el riesgo de lesionar tejidos adyacentes es mínimo.

-Fémur distal: 2-3cm del cóndilo externo.

Son lugares alternativos la cara posterior de la metáfisis del radio, cóndilo humeral, cara anterior de la cabeza humeral, tibia distal, cresta ilíaca, trocánter mayor y esternón.

Importante: la punción en esternón se recomienda solo en mayores de 3 años y siempre que el paciente no esté en parada cardiorrespiratoria.

En pacientes a partir de 6 años y adultos buscaremos:

-Tibia distal: a nivel de maléolo interno, 1-2cm por encima del maléolo interno. La aguja debe insertarse con una inclinación de dirección cefálica. En esta zona la piel está adherida al periostio y sin presencia de grasa intermedia. Muy recomendable en casos de pacientes obesos.

-Cresta ilíaca: en la cara inferior de la espina ilíaca con el paciente colocado en decúbito lateral.

-Esternón: siempre que no se requiera masaje cardiaco. Una vez localizado el 2° y 3° espacio intercostal, introducimos la aguja a 1cm de la línea media del esternón. Son lugares alternativos tibia proximal, radio y cúbito distal, y cara anterior cabeza humeral (1-2cm por encima del cuello quirúrgico) en adolescentes.

Cuidados de enfermería:

- Los cuidados generales son los mismos que para cualquier otro tipo de vías. En este caso destacaremos usar anestésico local en el paciente consciente, y recoger muestra de médula ósea antes de administrar cualquier fármaco.
- Si estamos usando bombas de perfusión, bajaremos los límites de las alarmas de presión al mínimo. Y mantendremos los dispositivos de presión externa.
- Controlaremos aquellos signos (pulsos distales, tamaño del miembro, dolor, color de la piel, temperatura), que nos indiquen cualquier posible complicación como una infección local.
- No usaremos apósitos oclusivos ya que favoreceríamos la maceración de la piel.
- Inmovilizaremos la extremidad donde hemos realizado la punción.
- Evitaremos alargar el uso de la vía más de 24h, para no aumentar los porcentajes de potenciales complicaciones. Algunos dispositivos como el FAST1 pueden alargar su uso hasta 72h. Y en cuanto el paciente esté estable buscaremos nuevos accesos venosos periféricos y/o centrales.
- Al retirar la vía esterilizaremos la zona de punción y ejerceremos presión una vez retirada durante 5 minutos con una gasa estéril.
- Registraremos en la historia la técnica empleada y los parámetros que estamos vigilando.
- Vigilaremos la zona en las horas posteriores a la retirada de la vía.
- En el caso de que enviemos muestras de la vía al laboratorio indicaremos la procedencia de la misma ya que a veces bloquean los autoanalizadores.

Complicaciones:

La complicación más frecuente es la extravasación de líquidos. Una complicación mecánica por una mala colocación de la aguja, que puede derivar en un síndrome compartimental o necrosis de la piel. Complicaciones que se dan en casos de perfusión de líquidos a presión. Se han descrito además como complicaciones mecánicas la punción articular, lesión de los grandes vasos del corazón en las punciones esternales, incluso la perforación completa del hueso o fracturas óseas tras varias tentativas de colocación. Son potenciales complicaciones infecciosas las relacionadas con usar la vía por periodos prolongados como osteomielitis, abscesos subcutáneos, celulitis, embolismos y lesión del cartílago de crecimiento. Y rara vez la muerte (por mediastinitis en la punción esternal). Por último, las complicaciones histológicas se pueden producir por hipocelularidad con edema celular y adelgazamiento del periostio en situaciones de administración de soluciones hipertónicas. En cuyo caso deberíamos suspender la administración de estos fluidos y ello sería suficiente para revertir los síntomas y que la médula se regenere.

5 Discusión-Conclusión

La médula ósea puede considerarse una gran vena rígida que no se colapsa. La técnica de vía intraósea es de fácil aprendizaje y de colocación rápida, con más del 90% de acierto y gran variedad de dispositivos para su aplicación.

Sus complicaciones no son de gran importancia. Por ello, es una gran alternativa como acceso vascular ante el acceso intravenoso urgente fallido. Así como en el tratamiento del paciente en situaciones de urgencias y emergencias, donde el tiempo es un factor vital, y es útil conocer técnicas alternativas y simples.

6 Bibliografía

1. García López, D. Vía Intraósea en soporte vital. Grupo Editor RCA SL; 2019.
2. Grupo Interdisciplinar de Emergencias Pediátricas (GIDEP). Ozakidetza: Gobierno Vasco; 2018.
3. Dispositivos intraóseos como vía de urgencia. Revista Médica Electrónica Portales Medicos; 2017.
4. Ceballos Atienza, R. Vía Intraósea. Editorial: Formación Alcalá; 2016.
5. Macías Seda, J. Técnicas de emergencias: canalización vía intraósea. Universidad De Sevilla. Secretariado De Recursos Audiovisuales Y Nuevas Tecnologías; 2014.
6. Míguez Burgos, A; Muñoz Simarro, D; Tello Pérez, S. Una alternativa poco habitual: la vía intraósea. Murcia. Enfermería Global. vol.10 no.24; 2011.

Capítulo 16

LOS AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS

M^a PILAR RUIZ CRESPO

VERONICA PULIDO LOBERA

ANA MARGARITA HERNANDEZ SANCHEZ

SUSANA DIAZ DIAZ

1 Introducción

En el ámbito hospitalario son múltiples las tareas a realizar pero entre ellas se encuentran la protección y los tipos de aislamiento que hay para prevenir contagios a otros enfermos o al mismo paciente.

2 Objetivos

- Determinar qué personas necesitan algún aislamiento.
- Identificar los tipos de aislamientos más comunes y utilizados.

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

En el ámbito hospitalario hay diversos aislamientos, entre ellos nos encontramos con los siguiente:

- Aislamiento gotas: es aquel que se transmite a través del aire, vías respiratorias, en ello utilizaremos mascarilla para acercarnos al paciente.
- Aislamiento contacto: aquel que retransmite por el contacto, heridas, lesiones en la piel intacta, mucosas etc. Utilizaremos guantes y bata.
- Aislamiento mixto (aéreo,contacto): es el caso que se transmite por el aire y el tacto en este caso utilizaremos ambas cosas, mascarilla, bata y guantes.
- Aislamiento inverso: es el que se utiliza para proteger al paciente suele ser en pacientes con bajas defensas o ser operados de trasplante de órganos, médula, etc., en este caso utilizaremos siempre mascarilla.

Es importante saber que estos casos las personas deberán estar en habitaciones individuales y las personas que accedan a la habitación deberán lavarse las manos antes de entrar y al salir.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica se puede concluir que con los cuidados anteriormente mencionados disminuye considerablemente los contagios y propagación del virus, lo que hace que la instancia hospitalaria sea menor y el gasto sanitario disminuye.

6 Bibliografía

1. www.medical.es
2. www.mayoclinic.es.
3. Wikipedia
4. Medlineplus

Capítulo 17

ATRAGANTAMIENTO EN NIÑOS

CRISTINA CAMPO GEIJO

KATIA MARTINEZ LOPEZ

1 Introducción

Los alimentos u objetos pequeños que quedan atrapados en la garganta obstruyen las vías respiratorias y causan asfixia. Esto impide que el oxígeno llegue a los pulmones y al cerebro. Si el cerebro permanece sin oxígeno durante más de 4 minutos puede ocurrir algún daño cerebral o la muerte.

Los niños pequeños son los que tienen mayor riesgo de asfixia. Pueden asfixiarse con comida, con juguetes pequeños, con monedas, etc. Es importante mantener estos objetos pequeños fuera de su alcance y supervisarlos mientras comen.

2 Objetivos

- Realizar la maniobra de Heimlich de forma rápida y eficaz.

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

No se debe de realizar esta maniobra a menores de 12 meses ya que podría ocasionar daños graves al bebé. En caso de estar consciente, proceder en primer lugar a abrirle la boca y darle 5 golpes secos en la espalda para que expulse el objeto que está causando la obstrucción de la vía aérea. En caso de que no tosa ni respire, llamar rápidamente a emergencias.

En niños de más de un año se realizará lo siguiente: en caso de que el niño hable y respire con normalidad, antes de aplicar este procedimiento probaremos a darle unos golpes en la espalda. Es probable que de este modo expulse el objeto que está provocando el atragantamiento. Si el objeto no sale o el niño no es capaz de hablar, es el momento de aplicarla maniobra de Heimlich para niños.

5 Discusión-Conclusión

La maniobra de Heimlich es el método mas eficaz de devolver la respiración a un niño con atragantamiento severo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 18

LOS CUIDADOS DEL TCAE EN EL TRASTORNO BIPOLAR DE PSIQUIATRÍA

SONIA GUTIERREZ RODRIGUEZ

MARIA BEDELINA GRANDA ARIAS

1 Introducción

Asociamos la depresión a un estado de profunda melancolía y apatía, pero lo cierto es que dos tercios de las depresiones pertenecen al espectro bipolar, enfermedad en la que normalmente se alternan etapas de depresión profunda con periodos de euforia, locuacidad e hiperactividad (hipomanía o manía, según la severidad), que en los casos más graves pueden ir acompañados de delirios de grandeza o incluso psicosis. Estos síntomas son tan antagónicos que cuesta reconocer que sean manifestaciones de una misma enfermedad; una enfermedad de todo menos rara, ya que, con diversos grados, afecta hasta a un 2% de la población.

Una de las primeras descripciones modernas del trastorno bipolar se la debemos a un médico español, Andrés Piquer-Arrufat. Piquer-Arrufat, nacido en la provincia de Teruel, fue profesor de Anatomía en la Universidad de Valencia y tradujo las obras de Hipócrates por primera vez al castellano. Médico de la corte entre 1751 y 1759, observó y trató de comprender la enfermedad mental de Fernando VI, el cual, de la misma manera que su padre Felipe V, sufrió graves episodios maníacos que le mantenían despierto durante la noche (obligando a toda la corte a invertir su ritmo circadiano), y le provocaban ataques de violencia contra ellos

mismos y sus cortesanos. Tras la muerte de su esposa Bárbara de Braganza, a la que cuentan que estaba muy unido, la depresión de Fernando VI se agravó. Se retiró al palacio de Villaviciosa de Odón, enmudeció, intentó colgarse varias veces, y finalmente murió en 1759, a los 45 años, postrado en su cama, y envuelto en sus propios excrementos.

A la muerte de su real paciente, Piquer-Arrufat escribió un tratado médico, Discurso sobre la Enfermedad del Rey Nuestro Señor Don Fernando Sexto (que Dios guarde). En él, el médico acuña el término *affectio melancólico-manica* para describir la enfermedad del rey, término sobre el que escribe: La melancolía y la manía, aunque se tratan en muchos libros separadamente, son la misma enfermedad. Cuando la mente enferma se mueve por el miedo y la tristeza, lo llamamos melancolía y cuando lo hace por la ira y la audacia, manía. Una de las características imprescindibles en la práctica de Piquer-Arrufat fue la observación longitudinal de los síntomas, imprescindible para observar y relacionar la alternancia de síntomas como derivados de un mismo mal. Gracias a la observación, reconoció variaciones circadianas y estacionales en los ataques del rey. Además, anticipó que los síntomas que observaba en Fernando VI se debían a daños cerebrales. Sorprendentemente, (o tal vez no tanto, a ver quien se atrevía en el siglo XVIII a cuestionar la perfección divina de los reyes) este tratado permaneció inédito escondido primero en la biblioteca privada del duque de Osuna, y más tarde en la Biblioteca Nacional, hasta su edición como parte de una colección de documentos históricos en 1851.

El mismo 1851, Jean-Pierre Falret, en el importante hospital de la Pitié-Salpêtrière de París, escribe un artículo con el título: “De la folie circulaire ou forme de maladie mentale caractérisée par l’alternative régulière de la manie et de la mélancholie”. El concepto de folie circulaire se caracteriza por la existencia de ambos tipos de síntomas, incluso separados por largos periodos de lucidez, una descripción contestada tres años más tarde por Jules Baillèret con su folie à double forme, que consideraba sólo la alternancia de los síntomas maniacos y depresivos.

2 Objetivos

- Empatizar con el paciente para reconducir sus expectativas de abandonar el hospital reforzando sus vivencias ciertas y observando su conducta para determinar la potencia de riesgo.
- Observar interrelación con el entorno teniendo en cuenta los parámetros valorados en el apartado de seguridad.

- Realizar contención verbal eliminando estresores ambientales, estableciendo límites, sin mostrar oposición reforzando la realidad.
- Realizar preguntas simples y cerradas que permitan respuestas sencillas.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de trastorno bipolar, enfermedad maníaca, salud mental, y se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: depresión, trastorno bipolar y cuidados de enfermería.

4 Resultados

Los Trastornos del Espectro Bipolar tienen una prevalencia que se da en un porcentaje que varía según los estudios, siempre sesgados por incertidumbres diagnósticas en cuanto a la representatividad de la muestra, del 2 al 6 % de la población. Igualmente hay que decir que se da en las distintas razas, sexos, latitudes, clases sociales y credos. En definitiva que no hay más factor eximente del Trastorno Bipolar que un genoma libre de anomalías o tal vez unos acontecimientos vitales a la medida del sujeto. En los últimos tiempos se está diagnosticando más frecuentemente el Trastorno Bipolar y ello puede deberse al extenso uso de los antidepresivos, que da lugar a que pacientes depresivos unipolares, al ser tratados con determinados antidepresivos viren a la manía o hipomanía y sean diagnosticados de TB. A mejores y más finos criterios diagnósticos para el TB. Por ejemplo, pacientes que en otras épocas fueron diagnosticados de esquizofrénicos por los elementos psicóticos de su cuadro clínico.

El trastorno hace su aparición frecuentemente entre los 15 y 20 años de edad. El primer tratamiento se retrasará 8-10 años. Sin embargo, existen muchos indicios de su inicio en la pubertad o antes, de manera solapada. El inicio precoz puede ser indicador de mal pronóstico. En las edades más jóvenes existe problema para identificar el trastorno ya que pasan inadvertidos con frecuencia recibiendo el diagnóstico de la patología comórbida que le suele acompañar.

En las mujeres predominan los episodios depresivos mientras que en los hombres lo hacen los maníacos o al menos igualan a los depresivos. Ellas presentan síntomas atípicos más frecuentemente que ellos en las depresiones. También el-

las ganan en frecuencia de episodios mixtos y ciclación rápida. Existe un riesgo elevado de recaída durante las primeras semanas del puerperio. La tensión premenstrual y el uso de anticonceptivos orales pueden tener connotaciones que hay que valorar. En cuanto a factores de riesgo para que debute la enfermedad podemos encontrar:

- Jóvenes de 20 a 40 años.
 - Estatus socioeconómico alto.
 - Estado civil separado y divorciado.
 - Historia familiar de paciente bipolar.
 - Eventos estresantes negativos de la vida.
 - Habitar en suburbios.
 - El consumo de cannabis agrava el curso del TB más que desencadenar su debut.
 - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Existe un intenso solapamiento entre en TB y TDAH.
 - Trastornos de la conducta. Son frecuentes como primera manifestación del TB y la manía (agresividad e irritabilidad, conductas explosivas, conductas exigentes).
- 13
- Trastorno obsesivo-compulsivo. Suele ser previo al inicio del TB. Alteraciones del control de impulso
 - Trastornos de ansiedad Cuadros de pánico
 - Trastornos de personalidad Trastornos de la conducta alimentaria (bulimia) Suicidio.

Los Planes de cuidados son un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente. El proceso de atención de enfermería consta de varias fases:

1. Fase de Valoración.
2. Diagnóstico.
3. Planificación.
4. Ejecución.
5. Evaluación.

Ante personas con limitaciones de salud o relacionadas con ellas, que 22 plantean problemas de cuidado o de cuidado dependiente. Los elementos para planificar y llevar a cabo la ayuda de enfermería por medio de los sistemas de enfermería los cuales son: sistemas de enfermería totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y sistemas de apoyo - educativo. Estos sistemas se llevan a cabo por medio de los siguientes métodos enfermeros: actuar por otro, guiar a otro,

apoyar a otro, proporcionar un entorno de desarrollo y enseñar a otro. Los métodos de ayuda adecuados para desarrollar los sistemas de apoyo-educativo son: proporcionar un entorno que fomente el desarrollo, apoyar, guiar y enseñar.

Estos métodos de ayuda Orem los describe como comunes en todas las situaciones de ayuda, puede utilizarse tanto en situaciones individuales como para grupos, seleccionándolos y combinándolos según las demandas de autocuidado y la capacidad de la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente. Se convierten en agentes de cuidados actuando en lugar de la persona, apoyándola física y/o psicológicamente, promoviendo un entorno favorable del desarrollo personal y enseñándole, de tal manera que llegue a ser capaz de satisfacer sus demandas de autocuidado actuales y futuras.

5 Discusión-Conclusión

El trastorno bipolar es una patología psiquiátrica que está asociada a una morbilidad importante, así como a unos elevados costes sociales y económicos, por lo es imprescindible que el personal de enfermería mantenga actualizados los conocimientos sobre esta patología para llevar a cabo una correcta praxis en la práctica clínica.

A pesar de que no hay cura para el trastorno bipolar, sí puede ser controlado adecuadamente mediante la administración de una correcta medicación. La gente con esta enfermedad pueden llegar a comportarse con normalidad, llevar una vida productiva, asistir a terapia y recibir apoyo social. Si se deja sin tratar, el trastorno bipolar puede empeorar y los pacientes sufren un incremento en la frecuencia y gravedad de los episodios de manía y depresión.

Son varios factores los que pueden influir en que el plan de cuidados se adecue a los tiempos que nos marcamos en los objetivos, algunos de esos factores pueden ser: mala adherencia al tratamiento, lo que puede provocar una recaída en su estado, hay que tener en cuenta que, esta patología es muy fluctuante, lo que significa que no tomar correctamente la medicación implique en desestabilización del estado de ánimo del paciente.

Es muy importante trabajar con los pacientes la conciencia de enfermedad. Es fundamental para una recuperación de su salud y de su posible reincorporación a una vida normal.

6 Bibliografía

1. Gómez Ayala, A.E. Enfermedad bipolar. Clínica y etiopatogenia.. *Offarm.* 2008;27:68-77.
2. Undurraga, J., Baldessarini, R.J., Valenti, M., Pacchiarotti, I., Vieta, E. Suicidal risk factors in bipolar i and ii disorder patients. *J Clin Psychiatry.* 2012; 73(6):778-82.
3. Murphy, K. Trastorno bipolar. *Nursing.* 2007;25:12-7.
4. Lucero, R., Casoli, G. Trastornos afectivos en el Adulto mayor. *Rev de Psiquiatr en Urug dic* 2006; 70(2): 154- 166.
5. Crespo Blanco, J.M. Trastorno bipolar. *Medicine* 2003; 8:5645-53.
6. Pascual, F., Torres, M., Calafat, A. monografía cocaína. *Adiciones* 13(2); 2001; 179-189.
7. Pinilla Alarcón, M. Adhesión al tratamiento psicofarmacológico: consideraciones desde el cuidado de enfermería. *Investigación en enfermería Bogotá (Colombia):* 9(1); 37-50; Enero-Junio 2007.
8. Palma Sevillano, C., Cañete Crespillo, J., Farriols Hernández, N., Soler Llobet, F., Juliá Zapata, J. Primeros episodios psicóticos: características clínicas y patrones de consumo de sustancias en pacientes ingresados en una unidad de agudos. *Anales de psicología;* 21(2); Diciembre 2005; 286-293.

Capítulo 19

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

ALEJANDRO ALONSO FERNANDEZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define urgencias sanitaria como “la aparición fortuita (imprevisto o inesperado) en cualquier lugar o actividad de un problema de salud de causas diversas y de gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o su familia.

El trabajo en urgencias es un trabajo en equipo, perfectamente coordinado, donde cada uno conoce sus funciones. Las urgencias son unas de las partes más difíciles y que mayor responsabilidad requiere por parte del personal hospitalario y es que trabajar en hospitales, sobre todo en el Servicio de Urgencias, puede llegar a ser muy estresante. Ante eso el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) necesita de una gran serenidad para poder afrontar todo el estrés que supone este trabajo con ritmos frenéticos y un conocimiento de patologías urgentes más prevalentes.

2 Objetivos

- Investigar sobre las diversas tareas de las TCAE en el servicio de urgencias.
- Dar a conocer el papel tan importante que desempeña el TCAE en el equipo de enfermería del área de urgencias hospitalaria.

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 la unidad de urgencias los pacientes pueden llegar por diferentes motivos y de diferentes maneras. Para ello debe de existir un sistema de clasificación que sea capaz de establecer las prioridades de asistencia.

Dicho triaje se realiza por orden de llegada. El personal facultativo evalúa el carácter y gravedad de la patología de cada paciente. Este sistema de selección es fundamental ante un exceso de demanda y limitación de tiempo y recursos.

En algunos centros el triaje o selección es realizado por el personal de enfermería aunque dependiendo de la patología del paciente puede ser realizado por el facultativo. Los pacientes cuando acuden al servicio de urgencias deben acudir al servicio admisión de urgencias. En este servicio tomarán nota de los datos del paciente que tendrán que mostrar su tarjeta sanitaria. Tomados los datos del paciente pasa a la sala de espera o pasará a ser atendido en el momento si fuese preciso según su gravedad. Por regla general, el TCAE es la primera persona que recibe al paciente una vez que ha pasado por los servicios de admisión y triaje. La identifica, le acomoda y si es necesario, le ayuda también a vestirse y desvestirse, proporcionándole además todo lo necesario y preservando su intimidad en todo momento. Asimismo, le explicará todo lo necesario para su comodidad y tranquilidad.

En este momento es muy importante valorar el grado de dependencia de cada paciente. Observar si es o no autónomo. También es importante saber si el paciente tiene que estar aislado y que tipo de aislamiento prefiere. A la llegada del paciente a urgencias debe observarse si existe lesiones en la piel.

A continuación enumeramos las funciones que el TCAE desempeña en el servicio de urgencias.

1. Ayudar a la inmovilización y transporte del paciente.

2. Ayudar a vestir y desvestir al paciente. Se le pondrá un camisón, preservando en todo momento su intimidad.
3. Recoger la ropa que llevaba puesta el paciente y guardarla en una bolsa blanca, identificando su nombre y apellidos la cual se entregará a la familia del paciente.
4. Preparar el paciente antes de su exploración.
5. Toma de constantes vitales.
6. Ayudar a los pacientes con las comidas, administración de medicamentos por vía oral, rectal, tópica, etc., excluyéndose la vía parenteral de administración exclusiva por el enfermero.
7. Supervisión y control de Boxes. Tiene que revisar el stock de material de los boxes y el aparataje, comprobando que todo funciona correctamente y anotando las incidencias existentes.
8. Revisión y reposición del carro de paradas, comprobación del estado del monitor, su limpieza etc.
9. Limpieza y reposición del carro de curas.
10. Trámite de solicitudes, muestras analíticas, radiológicas, radiografías, ecografías, TAC, etc.
11. Cuidar, limpieza y mantenimiento del material instrumental aparatos clínicos, etc.
12. Ayudar a la enfermera en la administración de medicamentos, colocación de sondas, enemas, tomas de constantes vitales, recogida de muestras de esputos, orina, heces, etc.
13. Visita a todos los enfermos a la entrada de cada turno.
14. Efectuar el cambio de relevo (transmitiendo la información a la compañera correspondiente).
15. Colaborar con la enfermera en los planes de cuidados al paciente.
16. Comunicar observación del paciente con respecto a la ingesta de alimentos.
17. Entrega y recogida del material estéril en la central de esterilización, en caso de que no pueda realizar esta tarea el celador, y su posterior montaje y distribución, cumplimentando el libro de entradas y salidas del material.
18. Mantener secreto profesional.
19. Colocar pulsera identificativa al paciente.

También el TCAE en urgencias, trabajara con pacientes en edad pediátrica, en estos casos ha de estar perfectamente cualificado para actuar de una manera correcta. Teniendo en cuenta en cada momento las necesidades de cada grupo de edad tanto en el plano físico como en el afectivo.

La enfermedad se acompaña de la pérdida del bienestar tanto físico como psicológico. Es fundamental que el TCAE sea un profesional capaz de transmitir confianza y tranquilidad al paciente. El TCAE colaborará en todas las actividades que sin ser de carácter profesional sanitario faciliten las tareas del médico y el enfermero.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo que hace el TCAE en el servicio de urgencias es muy variado. Debe de estar bien formado, conociendo todo tipo de aparataje e instrumental. Al ser un servicio muy estresante, el TCAE debe tener unas características especiales como la paciencia, profesionalidad, ser capaz de transmitir confianza y tranquilidad al paciente, la empatía tiene que estar presente en todo momento, entender al paciente comprender sus necesidades y ponerse en su piel es imprescindible para conseguir que se sienta cómodo y bien durante su ingreso.

El perfil profesional del TCAE debe contar con habilidades comunicativas, no sólo para entendernos con el paciente sino con todo el equipo médico con el que tenemos trato. Cuanto más fluida es la comunicación mas rápida será la atención y mejor se resolverán los problemas.

6 Bibliografía

1. Técnicas básicas de enfermería. Editex2014.
2. unciones del auxiliar de enfermería en las distintas áreas o servicios. www.revista-portalesmedicos.com
3. Curso de auxiliar de enfermería especialista en urgencias. Essat Formación
4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
5. <https://www.scielo.org/es/>
6. <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 20

CASO CLÍNICO CÓLICO NEFRÍTICO

KATIA MARTINEZ LOPEZ

CRISTINA CAMPO GEIJO

1 Introducción

El cólico nefrítico es el dolor fuerte que se origina a la altura del riñón o de las vías urinarias debido a una obstrucción aguda en estas zonas provocada por una litiasis (piedra o cálculo renal). Esta obstrucción provoca que la orina no avance a lo largo de la vía urinaria, sino que queda retenida. Ésto produce un aumento de la presión dentro de la vía urinaria que es la causante del dolor que acompaña el cólico nefrítico.

Además de las piedras, cualquier otro elemento que ocupe el uréter y obstruya el riñón puede provocar un cólico. Es el caso de algunos tumores que crecen dentro del uréter o lo engloban desde órganos vecinos, como el intestino, el ovario o el útero. También puede estar provocado por enfermedades de carácter benigno como la fibrosis retroperitoneal o dilataciones vasculares como el aneurisma de aorta. Es importante no confundirlo con otras afecciones que tengan como síntoma el dolor lumbar.

Los cálculos renales pueden tener cuatro orígenes:

1. La mayor parte de los cálculos entre el 70 y el 80%, contienen calcio. Son igual de frecuentes en hombre que en mujeres.
2. Entre el 20 y el 30% de los cálculos están originados por infecciones urinarias (por los gérmenes llamados desdobladores de la urea). Este tipo es mucho más frecuente en las mujeres que en los hombres. Son cálculos más grandes que se suelen quedar en el riñón.

3. Entre el 5 y el 10% de piedras renales se producen por el ácido úrico. Son los únicos que pueden deshacerse con tratamiento, alcalinizando la orina. La gente que tiene gota suele haber sufrido algún cólico nefrítico.

4. El 1% de los cálculos se deben a la cistinuria, una enfermedad de origen genético.

El síntoma más importante es el dolor en la zona costolumbar, que aparece de forma brusca y con carácter intenso. Habitualmente, este dolor se irradia a la vejiga y los genitales, siguiendo una trayectoria descendente aunque la irradiación depende del nivel en el que se encuentre la obstrucción. El dolor suele estar acompañado de náuseas, vómitos y sudoración. Otros de los síntomas comunes que se pueden presentar son:

- Fiebre y/o signos de sepsis.
- Hematuria: es la presencia de sangre en la orina.
- Disuria: dificultad o dolor del paciente en la evacuación de la orina.
- Polaquiuria: aumento del número de micciones durante el día.
- Anuria: suspensión definitiva de la secreción de la orina. Éste es el signo de mayor gravedad.

2 Objetivos

- Conocer la sintomatología de la enfermedad.
- Describir el tratamiento.

3 Caso clínico

Motivo de la consulta: mujer de 27 años es llevada a urgencias por un fuerte dolor en la zona abdominal izquierda.

Exploración física. En urgencias se comprueban las constantes y los resultados son los siguientes:

- Tensión arterial: 110/70 mmHg.
- Temperatura: 36.7 °C.
- Saturación de oxígeno: 99%.
- Se examina el abdomen a la paciente y se le administra medicación intravenosa para el dolor.

Pruebas complementarias:

- Analítica de sangre.

- Analítica de orina.
- Placa abdominal.

Diagnóstico: cólico renal, infección urinaria, las pruebas radiológicas no son concluyentes porque no se aprecian cálculos.

Tratamiento: se basará en el control del dolor con analgésicos y antiinflamatorios como ibuprofeno, metamizol o diclofenaco. Si no se tolera por vía oral por causas como vómitos o el dolor no ceda, se administrarán por vía intramuscular o intravenosa.

4 Discusión-Conclusión

La rápida actuación y el correcto diagnóstico aumenta la posibilidad de un tratamiento efectivo.

5 Bibliografía

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

Capítulo 21

QUEMADURAS ELÉCTRICAS

MARIA ALONSO ARIAS

1 Introducción

Las quemaduras originadas por artefactos eléctricos se producen cuando una persona hace contacto con una fuente de corriente y recibe una descarga eléctrica cuya magnitud depende del tipo de voltaje y del artefacto manipulado.

En estos casos es posible observar en la zona de la piel afectada un halo gris-blanquecino (necrosis), de aspecto chamuscado y con un centro seco.

Vamos a exponer cómo actuar ante quemaduras eléctricas para mandar al paciente en las mejores condiciones posibles al hospital.

2 Objetivos

el objetivo de este capítulo es propiciar que el paciente de quemaduras eléctricas llegue en las mejores condiciones posibles al 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: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Mientras esperamos la ayuda médica debemos realiza los siguientes pasos:

- Apagar la fuente de electricidad si es posible. De lo contrario aleja la fuente tanto de ti como de la persona lesionada utilizando un objeto seco y no conductor hecho de cartón, plástico o madera.
- Comienza a realizar el Reanimación Cardiopulmonar (RCP) si la persona no muestra signos de circulación, como respirar toser o moverse.
- Evitar que la persona lesionada se enfríe.
- No mover a la persona salvo que la persona esté en peligro inmediato.
- Coloca una venda. Tapa todas las zonas quemadas con una venda de gasa estéril o una tela limpia. No uses una manta o toalla porque las fibras sueltas pueden adherirse a las quemaduras.
- Llama al 911 o número local de emergencias sanitarias.

5 Discusión-Conclusión

Seguir las pautas anteriormente citadas hará que el paciente llegue en las mejores condiciones posibles al hospital. Recuerda no tocar al paciente si sigue en contacto con la fuente de la electricidad.

6 Bibliografía

1. Chávez Suárez M.^a La., Navarro Wallmark B. G., Peralta Pedrero M.^a L., Soto Morales J.C., Torres Cortés M., Treviño García M. La. Diagnóstico y tratamiento de él paciente gran quemado. México: Secretaria de Salud; 2008.
2. Abad P., Acosta D., Martínez Ibáñez V., Lloret J., Patiño B., Gubern LL., et al. Quemaduras en lana infancia. Trascendencia social a lanas puertas de él 2000. Cir. Pediatr. 2000; 13: 97-101.
3. Pérez Boluda M. T., Martínez Torreblanca P., Pérez Santos L., Cañadas Núñez F. Guía de práctica clínica para él cuidado de personas que sufren quemaduras. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2011.
4. Formación Médica Continuada. Protocolo de tratamiento de lanas quemaduras en Atención Primaria. FMC. 2010; 17 (4). [Acceso 30 de enero de 2016].
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
6. <https://scielo.org/es/>
7. <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 22

ESCALA DE CINCINNATI EN EL ICTUS

INÉS MARIA LOMBARDÍA IGLESIAS

1 Introducción

El ictus isquémico o infarto cerebral se podrá definir como una enfermedad cerebrovascular que se produce cuando existe una rotura u obstrucción en un vaso sanguíneo, lo que ocasiona que el flujo de sangre que llega al cerebro se disminuya. Además del ictus isquémico podemos encontrar otros tipos, como es el hemorrágico el cual es el menos frecuente.

2 Objetivos

Objetivos principales:

- Comprobar cómo detectar cuando una persona va a padecer un ictus isquémico.
- Detectar a tiempo su aparición mediante el reconocimiento de los síntomas.

Objetivos secundarios:

- Comprobar que la persona sonría de manera simétrica.
- Mirar si puede levantar los brazos al mismo tiempo.
- Comprobar si habla de manera fluida y correcta.

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 pesar de que el ictus puede ocurrir a cualquier persona, tras varios estudios se ha detectado que se produce de manera más frecuente en personas cuya edad supera los 55 años.

5 Discusión-Conclusión

La mejor manera de prevenir este tipo de enfermedades es llevar una vida saludable y conocer los síntomas que nos alertan de que algo raro está pasando.

6 Bibliografía

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

Capítulo 23

TRATAMIENTO EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

INÉS MARIA LOMBARDÍA IGLESIAS

1 Introducción

Definiremos el traumatismo cráneo encefálico (TCE) bien como una alteración neurológica causado por un traumatismo en el encéfalo o bien como las lesiones directas de las estructuras craneales o encefálicas, las cuales se presentan como consecuencia bien de una disminución o disfunción de la conciencia.

2 Objetivos

- Evitar las graves repercusiones o secuelas que podrán tener en los pacientes entre las que podemos encontrar: trastornos neurológicos, déficit sensitivo.
- Realizar el mejor tratamiento para el paciente estableciendo para ello una base de tratamiento terapéutico mediante una serie de herramientas como puede ser la escala de Glasgow en la cual se valorará aspectos como: apertura ocular y respuesta verbal, así como motora.

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

Aunque existen múltiples causas que pueden provocar este tipo de traumatismo, se ha detectado que la mayoría se producen bien por accidentes de tráfico en el caso de los jóvenes o las caídas en el caso de gente mayor.

5 Discusión-Conclusión

Una actuación rápida en este tipo de lesiones puede evitar unas mayores consecuencias para el paciente a corto y largo plazo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 24

TRATAMIENTO ANTE LAS JAQUECAS

INÉS MARIA LOMBARDÍA IGLESIAS

1 Introducción

La jaqueca o migraña es un trastorno neurológico frecuentemente de carácter crónico el cual se manifiesta con dolores pulsátiles acompañados, en ocasiones, por náuseas e incluso vómito. Dicho trastorno puede venir desencadenado por múltiples factores entre los que encontramos: estrés, calor, ayuno prolongado e incluso por el consumo de ciertos alimentos entre los que se encuentran leche y chocolate.

2 Objetivos

- Aliviar el dolor y las molestias que provocan al paciente.
- Prevenir futuras crisis manteniendo estable y controlado el dolor.

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

La aparición de la jaqueca o migraña se ha detectado en mayor porcentaje en mujeres cuya edad oscila entre los 13 y 20 años.

5 Discusión-Conclusión

Puesto que hablamos de un trastorno crónico, no existe un tratamiento definitivo para que desaparezca por lo que la mejor medida preventiva será realizar revisiones periódicas y si los dolores empeoran o se intensifican pedir cita a nuestro especialista.

6 Bibliografía

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

Capítulo 25

PSICOPATOLOGÍA RELACIONADA CON EL ENTORNO LABORAL

MARÍA DEL CARMEN GARCÍA FONTÁN

ARANZAZU PIDAL CANDÁS

1 Introducción

La actividad laboral es una conducta humana mediante la cual realizamos una tarea y por ello recibimos una compensación económica, social o personal. En ella influye la personalidad de cada uno, es decir, la forma en que cada uno nos enfrentamos a los distintos acontecimientos de la vida.

2 Objetivos

El objetivo del presente artículo es analizar el estrés laboral en sus manifestaciones más comunes.

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 utilizando los descriptores psicopatología, laboral, autoexigencia, estrés.

4 Resultados

La primera definición de estrés aparece en el año 1935, como una reacción de huida y ataque, observada en el laboratorio. Actualmente lo entendemos como "un estado de activación autonómica y neuroendocrina, de naturaleza displacentera, que implica un fracaso adaptativo, con cognición de indefensión inmunológica y conductual". Nuestra respuesta al estrés puede ir encaminada a solucionar el conflicto o por el contrario provocar una mala adaptación. Esto último podrá generar ansiedad, depresión, así como sintomatología psicósomática variada.

El Síndrome de Burnout, se definió en 1974 como sinónimo de estar quemado. Se denominó enfermedad de los dirigentes, ya que se observó en individuos competentes y muy capacitados que presentaban pérdida de ilusión y un elevado grado de absentismo.

Posteriormente, se definió como un cuadro ocasionado por una inadecuada respuesta al estrés emocional crónico, entre cuyos síntomas destacan el agotamiento físico y mental, así como alteración en las relaciones con los demás. La aparición se ve favorecida por: sobrecarga y presión en el trabajo, falta de apoyo y baja autonomía para gestionar actividades. Pero todo ello se ve influenciado por la propia personalidad, pues ello nos hace ver y vivir los acontecimientos desde un prisma determinado que viene influenciado por la inestabilidad emocional.

Los profesionales que más padecen este cuadro suelen ser los que desarrollan su trabajo en el ámbito sanitario. No debemos olvidar que también tienen una gran predisposición los educadores, los cuidadores de personas ancianas o con enfermedades crónicas y los que realizan labores de atención al público.

El Mobbing, podemos definirlo como acoso. En el ámbito laboral una persona sería objeto de violencia psicológica de forma continuada y durante un tiempo prolongado, por parte de un superior o incluso compañeros. El objeto sería intimidarle y excluirle social y laboralmente del resto de trabajadores. Podemos estereotipar las dos figuras necesarias para que se produzca este acoso moral:

-El hostigador: no suele tener sentimiento de culpa, suele ser manipulador y en muchas ocasiones mediocre.

-El acosado: suele tener un elevado sentido de la moralidad, autoexigencia y gran respecto a las normas sociales.

En la actualidad, los tribunales reconocen el daño que ocasionan estos cuadros a nivel de jurisdicción civil, social e incluso penal. Debemos tener claro que, como en cualquier tipo de acoso, no existe justificación, independientemente de los

factores que lo desencadenan. Asociado al tipo de trabajo, podemos encontrar dos síndromes:

-Asociado al trabajo a turnos: este tipo de organización del trabajo produce una alteración de los ciclos biológicos enraizados profundamente en el ser humano. En el caso de turnos nocturnos, se ve alterado el ritmo circadiano, al vernos obligados a estar activos durante el periodo de descanso y descansar durante el periodo de activación. La repercusión del trabajo a turnos implica un menor rendimiento, reducción de la atención, pudiendo tener repercusión en la seguridad laboral, y un elevado índice de absentismo. El síndrome del trabajador por turnos, que conlleva trastornos del sueño, nerviosos en relación con la fatiga, gastrointestinales y pérdida de apetito.

-Asociado al teletrabajo: el teletrabajo representa la actividad laboral que se realiza fuera del centro de trabajo y se utilizan para ello recursos informáticos y telemáticos. Conocemos los beneficios de este tipo de trabajo, ganancia de tiempo al no existir los desplazamientos, flexibilidad de horarios, mejoría de la autonomía, etc. Sin embargo, puede representar, en situaciones extremas, un riesgo debido a la soledad, falta de referentes sociales, así como ausencia de autoimposición de normas, límites y responsabilidades a la hora de desempeñar la tarea. Ello puede llevar a un desánimo que llevaría a buscar un trabajo convencional. En caso de no conseguirlo, daría lugar a una gran insatisfacción que puede dar lugar a anomalías a nivel psíquico.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo podemos considerarlo como algo positivo, cuando nos genera bienestar a cualquier nivel. Por el contrario, cuando lo entendemos como una amenaza, o fuente de conflictos, lo consideramos como algo negativo que puede incluso desencadenar distintas psicopatologías.

6 Bibliografía

1. Freudenberger H.L.: Staff burnout. J Soc Issues 1974; 30: pp. 159-165.
2. Flórez Lozano J.A.: Síndrome de estar quemado. Barcelona: EdikaMed, 1994.
3. Hirigoyen M.F.: El acoso moral en el trabajo. Barcelona: Paidós, 2001.

Capítulo 26

PACIENTE PSIQUIÁTRICO EN URGENCIAS

MARIA JOSEFA GARCIA GUTIÉRREZ

1 Introducción

En los últimos años hemos asistido a un importante desarrollo de los servicios de Salud Mental. Entre ellos se encuentran los dispositivos de atención de urgencias psiquiátricas integrados en el servicio de urgencias general, como respuesta a un incremento de las demandas por una mayor sensibilidad sanitaria y social a los problemas de Salud Mental. Es importante contar con datos que dimensionen cuantitativa y cualitativamente las características de esta demanda para el diseño de los servicios de urgencias y la asignación de recursos humanos. La intervención en salud mental representa un reto para los profesionales que de una u otra forma tienen que ver con la atención a pacientes con afecciones catalogadas, según los manuales de diagnóstico, como trastornos mentales (Bulbena, Martín & Arcega, 200, p.2).

2 Objetivos

- Conocer las características de los pacientes atendidos.
- Investigar su evolución para ejecutar un óptimo diagnóstico.

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 trastornos muestran una gran variedad de presentaciones que se inscriben dentro de lo que se ha denominado multicasualidad de la enfermedad mental en el modelo biopsicosocial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la demanda de atención en salud mental en el mundo es significativamente mayor comparada con la capacidad de respuesta de las instituciones. Así, a tener en cuenta el estado global de la salud mental.

Las manifestaciones de los trastornos mentales son variadas y complejas, van desde aquellos que evidencian un compromiso orgánico, hasta otros síntomas contemporáneos con una mayor influencia social como la depresión, la ansiedad, las adicciones, los intentos de suicidio y los trastornos de la conducta alimentaria, situaciones como dificultades relacionadas con la violencia, la sexualidad, el fracaso escolar o los duelos, que en psiquiatría son catalogadas como urgencias sociales.

Por otro lado, se encuentra la urgencia verdadera o subjetiva, que es definida como aquella situación donde necesariamente se requiere atención hospitalaria, que involucra un riesgo vital inminente o secuelas graves para el paciente. El concepto de urgencia subjetiva tiene lugar en medicina con la finalidad de dar crédito a la familia o el enfermo, ante una situación a la que se le concede un valor de gravedad y que desemboca en el pedido de intervención médica urgente. El concepto de urgencia subjetiva tiene lugar en medicina con la finalidad de dar crédito a la familia o el enfermo, ante una situación a la que se le concede un valor de gravedad y que desemboca en el pedido de intervención médica urgente .

Además, hemos encontrando que la demanda de atención psiquiátrica urgente está tomando cada vez mayor fuerza, especialmente en los hospitales generales, por lo cual es indispensable que el personal de los servicios de urgencias tenga una formación que responda a estas exigencias, situando que tanto los manuales diagnósticos y la psicofarmacología, como la palabra, son herramientas de las que disponen los equipos asistenciales en las instituciones hospitalarias.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha mencionado, la demanda de atención psiquiátrica urgente está tomando cada vez mayor fuerza, especialmente en los hospitales generales. De acuerdo con eso, es indispensable que el personal de los Servicios de Urgencias tenga una formación que responda a estas exigencias. La demanda de atención en los Servicios de Urgencias suelen caracterizarse por una aceleración del tiempo: se requiere una atención inmediata; esta es una relación al tiempo cronológico que por ninguna razón puede dejar de considerarse, más en las urgencias subjetivas se considera con mayor énfasis un tiempo lógico, aludiendo a la atemporalidad del inconsciente. Con esto se pretende introducir el hecho de que en las urgencias psi, tanto la psiquiatría como el psicoanálisis tienen un aporte valioso que hacer, y en esa medida estas disciplinas, y otras tantas como la psicología, el trabajo social, la enfermería, etc., no se contraponen sino que pueden realizar un trabajo complementario, y por ello resulta útil pensar el tema de la interfase, como un trabajo que hace referencia a la intervención interdisciplinaria.

6 Bibliografía

1. Arango-Dávila, C., Rojas, J. C. & Moreno, M. (2008).
2. Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(4), 538-563.
3. Ayala, C. & Solís, C. (2012). Otras posibles aplicaciones clínicas de fármacos con efecto 5HT_{2A} y 3 en psiquiatría de enlace: reporte de casos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(1), 217-229. Doi: 10.1016/ S0034-7450(14)60079-2
4. Belaga, G. (2006). Presentación. En G. Belaga, *La urgencia generalizada: La práctica en el hospital* (pp. 11-19). Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.
5. Berenzon, S. & Vargas, I. (2012). Salud mental y sociedad. En J. R. de la Fuente & G. Heinze (Ed.), *Salud mental y medicina psicológica* (pp. 12-21). México: McGraw-Hill.

Capítulo 27

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL

ALBA RODRIGUEZ COYA

SANDRA ÁLVAREZ BARBON

1 Introducción

La organización Mundial de la Salud, (O.M.S.) 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 su familia. El trabajo de urgencias es un trabajo en equipo, perfectamente coordinado, donde cada uno conoce cuáles son sus funciones.

El técnico el Cuidados de Enfermería (TCAE) en Urgencias Generalmente es la primera persona que recibe al paciente, 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 de Técnico en Cuidados de Enfermería (TCAE) es más importante ante pacientes total o parcialmente dependientes. Las urgencias son una de las partes más difíciles y que mayor responsabilidad requieren por parte de todo el personal hospitalario, y es que trabajar en hospitales, y sobre todo en el servicio de urgencias, puede llegar a ser muy estresante.

Ante todo eso, el auxiliar de enfermería necesita de una gran serenidad para poder afrontar todo el estrés que supone este trabajo con ritmos frenéticos y un conocimiento de patologías urgentes más prevalentes.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel del TCAE en urgencias.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura existente, configurándose como un estudio tipo documental. La elaboración de la revista bibliográfica se ha realizado por medio de búsquedas bibliográficas en las bases de datos y google académico. Para la realización de la búsqueda se utilizó las siguientes palabras clave: Urgencias, TCAE, Importancia.

4 Resultados

Las urgencias hospitalarias surgen cuando los hospitales empiezan a pasar a manos de la administración pública en el siglo XVIII. Se produce entonces un intento de separación de los pacientes según su nivel de gravedad y su tipo de enfermedad, como tales las urgencias médicas aparecen por primera vez en los campos de batalla, a principios del siglo XIX, como respuesta a la necesidad de una rápida recuperación.

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.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), junto al enfermero y médico forma el equipo que atiende al paciente hasta el momento del alta o traslado de la unidad. Con la ayuda, en muchas actuaciones, de los celadores. La auxiliar de Enfermería en este servicio debe ser una persona capaz de trabajar en equipo ordenadamente, ser capaz de transmitir tranquilidad, seguridad, y confianza al enfermo. Siendo capaz de hacer sentir al paciente perfectamente atendido y a su vez respetado.

En el servicio de Urgencias podemos encontrarnos con todo tipo de enfermedades y afecciones y por ello existen diversos protocolos necesarios según la técnica que haya que realizar. Sus funciones se describen desde el 26 de abril de 1973 en el Estatuto del personal sanitario facultativo de la Seguridad Social. Dichas funciones se especifican en los artículos 74 a 84. El artículo 85 habla de las prohibiciones en la realización de determinados cometidos.

5 Discusión-Conclusión

Las urgencias y las emergencias se cubren en función de la organización de cada sistema sanitario. El servicio de Urgencias de un Hospital ofrece a sus pacientes la mejor atención posible, basada en la calidad y profesionalidad, así como en el trato cercano al paciente, su equipo está formado por: médicos, enfermeras, tcaes, celadores, y administrativos.

El auxiliar de enfermería en urgencias debe estar preparado para asistir al médico ante cualquier eventualidad que se produzca. Uno de los servicios más importantes que tenemos dentro de un hospital son las urgencias.

6 Bibliografía

1. <https://www.revista.portalesmedicos.com>
2. <https://www.educativo.net/articulos>
3. <https://www.auxiliaresenfer.blogspot.com>

Capítulo 28

SOPORTE VITAL BÁSICO EN EL ÁMBITO DE URGENCIAS

SANDRA RODRIGUEZ FERNANDEZ

1 Introducción

El soporte vital básico es un conjunto de acciones a desarrollar que se tendría que hacer a las víctimas que des da una parada cardiorespiratoria para lograr reemplazar primero y restaurar después los latidos del corazón y el funcionamiento de los pulmones, dando el oxígeno que necesitan las células del organismo y especialmente a las células del cerebro que soporta una hipoxia intensa aproximadamente durante cuatro minutos. Transcurrido ese tiempo, las lesiones que se producen serán permanentes e irreversibles.

Existe el soporte vital básico y también el soporte vital avanzado. El soporte vital básico (SVB) lo constituyen una serie de actuaciones iniciales dirigidas a personas con enfermedades o lesiones que amenazan, o pueden amenazar potencialmente su vida, y que se aplican de forma precoz hasta que la persona pueda recibir una atención médica completa más especializada. Mientras que el soporte vital avanzado (SVA) es la atención médica proporcionada por profesionales de la salud previamente capacitados para evaluar la situación del paciente, administrar la medicación necesaria en cada caso y proporcionar desfibrilación, proporcionando además un manejo avanzado de la vía aérea, tratando de garantizar estabilidad hemodinámica antes y durante el transporte al hospital igualmente dentro de un centro hospitalario.

La parada cardiorespiratoria se define como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la respiración y circulación espontánea, confirmado

por: inconsciencia, apnea o respiración agónica y ausencia de pulso detectable. Provoca anoxia tisular y, de no ser revertido, conduce rápidamente a la muerte.

El éxito de la reanimación cardiopulmonar (RCP) depende de:

- Tiempo transcurrido desde que se produce la parada cardiorespiratoria (PCR) hasta que se inician las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP).
- Tiempo de duración de la reanimación cardiopulmonar (RCP).
- Calidad del sistema de emergencias
- Causa de la parada cardiorespiratoria (PCR).

2 Objetivos

- Analizar las acciones correctas que tiene que hacer el auxiliar de enfermería y demás personal sanitario en caso de presentarse una parada cardiorespiratoria.
- Proceder ante una parada cardiorespiratoria (PCR) a realizar maniobras de soporte vital cardiopulmonar, mediante el conjunto de actuaciones dirigidas a sustituir las funciones vitales mediante la técnica de RCP.
- Revertir la situación de PCR a través de maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP), encaminadas a restaurar las funciones respiratorias y cardiovascular espontánea.
- Preservar las funciones cerebrales superiores.

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 método más destacado para poder tener conocimientos de cómo actuar ante una parada cardiorespiratoria sería impartiendo formación a los trabajadores que tienen que trabajar en el ámbito de urgencias y están expuestos a que en cualquier

momento se presente una parada cardiorrespiratoria. Además, una adecuada formación sería necesaria para cualquier personal sanitario tanto auxiliares de enfermería, enfermeras, etc. y en cualquier ámbito hospitalario.

El objetivo marcado es conseguir que una persona que ha sufrido una parada cardiorrespiratoria logre sobrevivir a ella, de ello puede depender la existencia de testigos, precocidad en el inicio de las acciones para poder hacer el soporte vital básico y de la calidad de la resucitación cardiopulmonar. Las acciones para el soporte vital básico y su secuencia son: evaluación del nivel de consciencia con estimulación verbal y dolorosa, apertura de la vía aérea, comprobar la respiración, restablecer la circulación, restablecer la respiración y reanimación cardiopulmonar (RCP) básica.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, en caso de parada cardiorrespiratoria los pasos principales a seguir serían primero si no responde o no respira con normalidad llamar al servicio de emergencias, mientras que estos llegan y si se tienen nociones, es mucho mejor hacer algo que no hacer nada en absoluto. Si tienes capacitación y confianza en tus habilidades, comprueba si la persona tiene pulso y respira. Si no respira o no tiene pulso en diez segundos, comienza las compresiones de pecho. Comienza la reanimación cardiopulmonar con 30 compresiones de pecho antes de dar dos respiraciones de rescate. Los consejos anteriores se aplican adultos, niños y bebés que necesiten reanimación cardiopulmonar, pero no a los recién nacidos (bebés de hasta 4 semanas).

La reanimación cardiopulmonar (RCP) puede mantener el flujo de sangre oxigenada al cerebro y otros órganos vitales hasta que un tratamiento médico más definitivo pueda restablecer el ritmo cardíaco normal. Cuando el corazón se detiene, la falta de sangre oxigenada puede causar daño cerebral en solo unos minutos. Una persona puede morir en 8 o 10 minutos. Para aprender correctamente la reanimación cardiopulmonar, haz un curso de capacitación de primeros auxilios acreditado que incluya la reanimación cardiopulmonar (RCP) y como usar un desfibrilador externo automático.

6 Bibliografía

1. www.cruzroja.es

2. medlineplus.gov
3. www.msdmanuals.com
4. www.aprendemergias.es

Capítulo 29

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: TIPOS DE DIETAS SEGÚN SU CONTENIDO CALÓRICO

AIDA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Una dieta terapéutica es aquella en la que se incluyen cantidades y tipos concretos de alimentos. Se pueden usar para el tratamiento de un proceso patológico así como para fomentar la salud y prevenir complicaciones o como preparación de un paciente para una intervención quirúrgica u otro tipo de prueba. Estas dietas pueden ser temporales o permanentes.

2 Objetivos

Conocer los tipos de dietas que existen según su aporte calórico, como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) para el desarrollo correcto de nuestra labor asistencial en un centro hospitalario, evitando errores en las dietas y conociendo en que situaciones está indicada cada una.

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

Una dieta terapéutica puede modificar el aporte calórico para conseguir el peso ideal de un paciente en casos de sobrepeso o caquexia así como para equilibrar el gasto energético y como medida preventiva en otro tipo de patologías.

Dieta hipocalórica:

Es una dieta baja en calorías, en la que se reduce el aporte energético total al paciente aumentando el número de comidas al día y restringiendo las grasas, dulces, cereales, bebidas alcohólicas o azucaradas, embutidos, salsas, fritos, bollería, etc. lo que facilita la pérdida de peso.

Dieta hipercalórica:

Se caracteriza por el aumento del aporte calórico. Está indicada en pacientes con peso insuficiente o desnutrido. Suele incrementarse el aporte de hidratos de carbono y grasas.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido cuales son los tipos de dietas existentes según el aporte calórico que aporten al paciente, de forma que podemos identificar cada una y saber en que tipo de casos están indicadas, mejorando la calidad asistencial al paciente como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en el centro hospitalario.

6 Bibliografía

1. Dietas hospitalarias, definición y tipos fundamentales- 01/02/2017- Universidad Viu- disponible en <https://www.universidadviu.es/dietas-hospitalarias/>
2. El papel del TCAE en la alimentación y la nutrición- 05/02/2020- Ocronos Revista Médica y de enfermería- Montserrat González Manjón y María García Gancedo - disponible en <https://revistamedica.com/papel-tcae-alimentacion-nutricion/>

Capítulo 30

LA IMPORTANCIA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y FORMACIÓN DE LA POBLACIÓN EN MATERIA DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

PILAR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

MARIA DEL ACEBO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

COVADONGA URÍA BERMÚDEZ

1 Introducción

La RCP (Reanimación Cardiopulmonar) consiste en una serie de maniobras destinadas a revertir el estado de parada cardio-respiratoria (PCR). La mayor parte de PCR se producen fuera del ámbito hospitalario, lo que conlleva que no solo sean los profesionales sanitarios quienes deben conocer cuándo y cómo ha de ser llevado a cabo el procedimiento, también debe ser conocido por el mayor sector poblacional posible. Las estrategias promocionales también han de hacer hincapié en la importancia de una identificación de PCR e inicio de las maniobras precoces.

2 Objetivos

Determinar la importancia del inicio precoz de las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar en el ámbito extrahospitalario.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de diversos artículos y documentos relacionados con el tema a tratar. La fuente de información principal empleada ha sido: la Sociedad Española de Cardiología. Las palabras clave empleadas han sido: RCP, PCR, cadena de supervivencia, promoción, formación, importancia y urgencias extrahospitalarias.

4 Resultados

Se considera a los ciudadanos como el primer contacto con un paciente en PCR (Parada Cardiorespiratoria), este hecho conlleva la necesidad de adiestramiento de la población. Las medidas de promoción de la salud han de ir encaminadas a la formación en RCP de los ciudadanos, como medio de asistencia precoz en caso de PCR. La intervención asistencial inmediata, basada en los conocimientos acertados de quien presencie el desvanecimiento de una persona, es de imperativa importancia.

En primer lugar, facilita el diagnóstico a la hora de pedir ayuda al Servicio de Emergencias. Es decir, al solicitar ayuda sanitaria se puede indicar si un paciente se encuentra inconsciente, si respira y si tiene pulso, mediante la realización de los primeros pasos a seguir en caso de sospecha de PCR. Esto se consigue al zanzar y dirigirse a la persona desvanecida para comprobar su nivel de conciencia, al observar si el pecho se eleva y desciende para comprobar si la respiración es eficiente y al comprobar la existencia o ausencia de pulso.

Tras comprobar que el paciente inconsciente no respira ni tiene pulso comienzan a realizarse las maniobras de RCP de forma inmediata, para lo que es preciso conocer exhaustivamente el procedimiento adecuado: abrir la vía aérea mediante la maniobra frente-mentón y comenzar a alternar 30 compresiones torácicas y 2 insuflaciones hasta que el paciente recobre el pulso, llegue la ayuda sanitaria o la persona que presta auxilio esté exhausta. También es necesaria la formación en cuanto a la utilización de desfibriladores se refiere.

Este inicio precoz de las maniobras mencionadas con anterioridad incrementa la probabilidad de supervivencia, además disminuye la repercusión de posibles secuelas de índole neurológica, como, por ejemplo, la encefalopatía postanóxica. Las probabilidades de supervivencia se reducen a la mitad tras pasar seis minutos desde el inicio de la PCR, tiempo insuficiente para la aparición de ayuda sanitaria.

Tras ocho minutos se incrementa significativamente el índice de morbimortalidad, ya que tras una parada las probabilidades de recuperación disminuyen en un 7-10% por cada minuto que transcurre.

5 Discusión-Conclusión

Por tanto, las medidas de promoción de la salud han de ir encaminadas a la formación de la población. Dicha formación ha de ir encaminada a la adquisición de conocimientos relativos a la iniciación de las maniobras de RCP (Reanimación Cardiopulmonar) precoces. La RCP inmediata al momento de la PCR aumenta las probabilidades de recuperación del paciente y disminuye las secuelas neurológicas asociadas.

6 Bibliografía

1. La probabilidad de sobrevivir a una PCR se reducen a la mitad tras el sexto minuto. Sociedad Española de Cardiología
2. Importancia de la enseñanza de RCP-Básica en el ciudadano. Revista científica HYGIA de Enfermería. Colegio de Enfermería de Sevilla.
3. El Soporte Vital Básico y su importancia. gCardio (Especialistas en Cardioprotección).
4. Importancia de realizar una RCP de calidad. Proyecto salvavidas. Desfibriladores.

Capítulo 31

LA ASISTENCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL CATETERISMO CARDÍACO. MONITORIZACIÓN

MARIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

ÁNGELA GUINALDO BORGES

ELENA PARRADO

VERÓNICA CRISTÓBAL LUCAS

TAMARA LÓPEZ ROMERO

1 Introducción

El cateterismo cardíaco con un catéter Swan Ganz es utilizado en pacientes de diagnóstico crítico para medir parámetros hemodinámicos en las cavidades cardíacas y grandes vasos: temperatura central, saturación venosa, mixta, fármacos y extracción de sangre para muestras. Tiene diferentes luces y termistor. Es implementado en los servicios de unidad de cuidados intensivos (UCI) para diagnóstico y tratamiento de pacientes en estado de gravedad. Todo el equipo desde el médico hasta la auxiliar pasando por enfermería participa en la técnica compleja de la

implantación de dicho dispositivo y en la valoración y sus cuidados. Es un complejo catéter que llega a la arteria pulmonar atravesando las cavidades derechas del corazón para monitorizar constantemente al paciente. Con este sistema se estabiliza el control hemodinámico que producen los infartos, la insuficiencia cardiaca y los edemas pulmonares. Su instauración requiere de la asistencia de todo el equipo y es el auxiliar de enfermería quien prepara los materiales y el campo estéril con una praxis escrupulosamente correcta que implique en lo más mínimo el riesgo de una sepsis generalizada. El catéter es semirrígido, radiopaco, con varias luces y provisto de sustancia en su sonda para profilaxia ante bacterias y trombogenesis.

Los pacientes que portan un Swanz Ganz es debido a varias patologías de distinta índole pero todas relacionadas con el sistema circulatorio sanguíneo: valvulopatías, hipotensión severa, hipertensión pulmonar, disfunción ventricular, desfibrilación y shock cardíaco. Su balón es de látex, por lo que se contraíndica en pacientes alérgicos a este material. Si el paciente es consciente de la intervención el auxiliar debe prepararle ante la situación y calmarle, avisar a enfermería si detecta que puede necesitar calmantes químicos (ansiolíticos), debe de indicarle si precisa cuña o botella. En pacientes críticos esta praxis queda obviada por desconexión del paciente con el medio por lo que estará sondado y sedado probablemente. Una vez que el equipo médico decide la zona de inserción del catéter y tras un rasurado previo de la zona si está poblada de vello, lo cual evitará infecciones indeseadas, se procede a cubrir con yodo la zona perimetral de intervención y la auxiliar prepara el campo y el material. El médico decide la postura indicada para el paciente según tolerancia del paciente y posibilidades. La auxiliar prepara carro de paradas revisado con medicación de urgencia, una mesa con bata, paños de campo, pinzas, guantes esteriles para equipo medico, compresas esteriles, jeringas, suero, llaves de tres pasos, bisturí, anestésico local, dilatores, fiadores, catéter Swanz Ganz, monitor de gasto cardíaco, con sus componentes de mediciones.

Tras la canalización de los grandes vasos y una exitosa intervención del equipo intervencionista y cubierto la entrada del catéter con apósitos estériles, la tarea del auxiliar será cuidar y vigilar todos los pequeños detalles que alrededor del catéter puedan resultar en incidencias, como inflamación de la zona, supuración serosa, eritema, edema, etc, así como el funcionamiento de la monitorización y los posibles acodamientos o avulsión de vías, extravasación etc. Asistir a la enfermera en los cambios de apósitos de la zona de inserción y cubrir los registros de su competencia: diuresis, estado perimetral del catéter, estado general de la

piel del paciente, etc. y incidir en el cuidado al movilizar al paciente durante los aseos, ya que este tipo de intervenciones suele llevar consigo algún dispositivo más susceptible de acodamientos o incidencias con consecuencias graves para el paciente. En pacientes conscientes que portan un Swanz Ganz debe de ayudarles a comer, instaurando dietas de consistencia blanda, hiposódica y líquidos y batidos nutrientes si su estado es de caquesia y desnutrición.

2 Objetivos

Analizar la implementación del protocolo de vigilancia del catéter Swanz Ganz por parte del auxiliar de enfermería.

3 Metodología

Se han realizado varias consultas en diversas bases de datos a través de buscador Google con los descriptores: cateterismo cardiaco, cavidades cardíacas derechas, sepsis generalizada transcateter. Como criterios de inclusión se han seleccionado textos completos en español y de exclusión textos en inglés y pacientes en estado de inmunosupresión severa.

4 Resultados

Pese a los cuidados establecidos en los protocolos pre y post inserción del catéter los resultados señalan porcentajes altos de sepsis generalizada con una mortalidad del 47% a los seis meses de la intervención, algunos de ellos desarrollaron la sepsis de forma nosocomial y otros estando en periodo de ingreso hospitalario.

Esta presencia de disfunción miocárdica por un proceso bacteriémico es usual en el medio hospitalario. El conocimiento fisiopatológico del corazón aún encierra misterios en el campo de la sanidad, de manera que hace necesaria la investigación profunda y continuada en este campo de la medicina para abordar las nuevas complicaciones que se van presentando a medida que pasa el tiempo, ya que hay patologías en las que las complicaciones proliferan más rápido que las investigaciones y el índice de mortalidad no disminuye tan notoriamente como debería.

Se previene la infección del catéter en la mayoría de los casos a través de observación rigurosa del catéter, su manipulación y los cambios de apósito, vig-

ilando aparición de flebitis o infección local y periférica. Mantenimiento del transductor a la altura de la línea media axilar, monitorización. Las complicaciones derivadas en los pacientes han sido infarto pulmonar, rotura de arteria pulmonar, sobre todo en pacientes de edad avanzada, arritmias, infecciones y tromboflebitis, anudamiento del catéter, microembolia, rotura del balón y las consecuencias de las complicaciones en la inserción: punción de la carótida, neumotórax y hematoma local.

5 Discusión-Conclusión

La correcta manipulación y cuidados del cateterismo cardiaco influyen notablemente en los índices de mortalidad y curación del paciente. Está demostrado que el manejo de la técnica estéril es el más efectivo frente a posibles infecciones del sistema sanguíneo y la profilaxis antibiótica antes del operatorio también evita el desarrollo de la septicemia.

La educación de los sanitarios en el campo de las técnicas estériles es hoy en día un punto clave para los distintos abordajes quirúrgicos instados hoy en día en el medio hospitalario y las pautas del equipo médico tras el alta a domicilio también, educando a la población al mismo tiempo a unos hábitos de vida saludable que eviten en lo posible o retrasen los problemas de salud desde los servicios de atención primaria

6 Bibliografía

1. <https://elsevier.es/es-revista>
2. B. McVan el paciente crítico, pp. 30-33.
3. W.A. Kofte, J.H. Levy, J.F. Biebuyck. Procedimientos de cuidados intensivos post-operatorios de Massachusetts General Hospital.
4. B. McVan. Trastornos Cardiovasculares.
5. <https://medline.org.com>
6. J. Calutra. Monitorización del paciente grave.

Capítulo 32

CUIDADOS AUXILIARES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A PACIENTES INTERVENIDOS MEDIANTE ESTERNOTOMÍA

ELENA PARRADO

MARIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

ÁNGELA GUINALDO BORGES

TAMARA LÓPEZ ROMERO

VERÓNICA CRISTÓBAL LUCAS

1 Introducción

La operación quirúrgica que consiste en una incisión de unos 20cm.de longitud en el esternón es denominada esternotomía. Es de carácter complejo y como cualquier intervención posee consecuencias, secuelas e impacto psicológico. Esta cirugía se propuso por primera vez en el año 1857 y se popularizó en el 1957 para el abordaje de grandes vasos y del corazón. Sus grandes inconvenientes son las infecciones bacterianas (osteomielitis y mediastinitis) impacto estético, psicológico, insuficiencia respiratoria por dolor e inestabilidad esternal. La menos agresiva en

todos los aspectos es la esternotomía media o en J por sus pormenores clínicos, sus ventajas estéticas y de curación en el secado de la herida.

Es una cirugía más sencilla, más rápida y que deja visible perfectamente todo el área del corazón. La incidencia de infección en este tipo de cirugía es de entre el 1 y el 5% de los intervenidos, aumentando la estancia en UCI y el gasto sanitario que ello conlleva, además de los éxitos registrados de entre el 15 y el 20% de los pacientes.

Superada la infección las secuelas son inestabilidad esternal precisando reconstrucción. El dolor es duradero en la zona torácica, más problemático y agudo en pacientes con sobrepeso por desprendimiento de las suturas del hueso por la tangencia del peso del tejido y grasa corporal. El sangrado postoperatorio es frecuente provocando transfusiones que acarrea a su vez con sepsis generalizadas en muchos casos por el estado inmunodeprimido de los pacientes. El índice de cicatrización queloide es de un 25% de los pacientes operados por lo que suele aplicarse presión en la zona, infiltraciones y apósitos de silicona, pero no mejora esto la antiestética que produce la hipertrofia. Las ventajas de la esternotomía en J son un postoperatorio más corto, porcentaje de queloides mínimo, menos infecciones, menos adherencias del mediastino. Las desventajas es que es una cirugía mayor complicada, compleja y difícil, con tiempos de anoxia miocárdica, maniobras de purga del aire de la cavidad torácica y sangrados de consideración.

Las infecciones que derivan de esta cirugía están entre un 4% y un 47% de mortalidad. Los criterios de infección mediastínica son uno o más de los síntomas descritos: dolor torácico, fiebre, inestabilidad esternal, drenaje seroso, patógenos en hemocultivo positivos, etc.

2 Objetivos

Analizar los cuidados del equipo sanitario y del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) tras la cirugía cardíaca por esternotomía.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos elsevier, scielo, y medline y varias páginas médicas con el buscador ópera y descriptores: sepsis de la esternotomía, hipertrofia postquirúrgica, cavidades cardíacas y serosidad

mediastínica con el operador booleano AND. Criterios de inclusión: textos en español y datos desde 1987. Criterios de exclusión: mayores de 85 años y textos en inglés.

4 Resultados

Incidencia de mediastinitis postquirúrgica baja de entre un 0,3 a un 3% asociada sin embargo a una tasa de mortalidad de entre un 10 y un 40% por las graves infecciones contraídas en el período de convalecencia. Aún incidiendo severa y escrupulosamente en los cuidados médicos y auxiliares y de ser controlados con profilaxis antibiótica, quizá por el estado inmunodeprimido de los pacientes o patologías adyacentes que influyen en el proceso de curación, estas infecciones permanecen en la cronológica sanitaria, aunque cada vez la prevalencia es más baja en los índices de mortalidad.

Las cifras españolas de pacientes instados para cirugía cardíaca son de entre un 2,2% y un 7,22% e in crescendo si los hábitos de vida saludable no son instaurados en el conocimiento de la población a través de la promoción de la salud desde los servicios de atención primaria. Abordaje auxiliar y enfermero con implementación de los protocolos postquirúrgicos, cuidados postoperatorios de patrón de disnea, cuidados postoperatorios de patrón circulatorio, nivel de conciencia, marcapasos, sondas, vías, redones, constantes vitales en cada turno, monitorización, controles postanalíticos, curas técnicas estériles, suplementos nutricionales, dieta hiposódica, hipocalórica y la hiperproteica para una óptima cicatrización de la herida quirúrgica, espirometrías de incentivo, balance hídrico, fisioterapia respiratoria, ejercicio físico, cambios posturales (dormir supino durante 2 meses con la cabecera elevada a 30°) sedestación 2 ó 3 horas mañana y tarde y al 2º día deambulación, no portar pesos, ropa de cama ligera, evitar exposición solar. Especial atención a pacientes heparinizados o con tratamiento de sintron. Cuidados generales (higiene, alimentación, higiene oral, eliminación, respiración, confort). Reposo nocturno, mapa de sueño, apoyo psicológico, educación domiciliaria al alta y medicación: digoxina, diuréticos, vasodilatadores, antiarrítmicos y anticoagulantes.

En conjunto estos cuidados dan resultados de tasa de mortalidad a la baja, estancias hospitalarias más cortas y recursos humanos más disponibles para abordar a otros pacientes, ya que se disminuyen los tiempos de intervención por minoría de curas mayores, pacientes que retoman el curso de sus vidas con acopio de valor y superación incentivado por la calidad de los cuidados del equipo multi-

tidisciplinar.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados auxiliares son muy relevantes en el proceso de curación de este tipo de pacientes ya que sus prácticas de desarrollo evitan infecciones y complicaciones y aseguran una praxis escrupulosa. También es muy importante la labor auxiliar fuera del ámbito hospitalario en cuanto a una buena promoción de la salud y prevención de enfermedades para evitar este tipo de complicaciones causantes a día de hoy de muchas complicaciones de la salud.

6 Bibliografía

1. Revescardiol.org.Servicio de cirugía cardíaca.Hospital Universitario 12 de Octubre.Madrid.
2. Sternal Wound complications after isolated coronary artery bypass grafting:early and late mortality,morbidity and cost of care.ANN THORAC Surg 1990.
3. Major Sternal Wound infection after open heart surgery:a multivariate analysis of the risk factors in 2579 consecutive operative procedures.Ann Thorac Surg 1987.
4. Incision minimal-access valve operations.Ann Thorac Surg 1998.
5. <https://www.comunidad.madrid>

Capítulo 33

ENFERMEDAD DE WILSON

JUAN EUSEBIO CANO HERRERA

JOSE MANUEL SERNADEZ FUENTE

MARÍA AMOR MARTÍNEZ FERNÁNDEZ

MARÍA ALIA FERNÁNDEZ LÓPEZ

1 Introducción

La enfermedad de Wilson consiste en un trastorno hereditario que es poco habitual, por el cual, el organismo no puede deshacerse del cobre adicional que no necesita el cuerpo y su exceso puede resultar tóxico.

2 Objetivos

Identificar los síntomas y obtener el diagnóstico de la enfermedad a la mayor brevedad posible, para evitar que puedan producirse complicaciones derivadas de este trastorno.

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 nace con esta enfermedad, pero los síntomas comienzan a mostrarse entre los 5 y los 35 años de edad. El hígado es el órgano encargado de liberar el cobre mediante la bilis, pero en las personas que padecen esta enfermedad, el cobre es liberado directamente al torrente sanguíneo, lo que puede hacer que se produzcan daños en el cerebro, los ojos y los riñones.

El tratamiento consiste en el uso de fármacos que eliminen el cobre adicional, seguir una dieta baja en cobre, no tomar vitaminas que contengan este metal y realizar un análisis del agua que se ingiere, sobre todo si las tuberías son de cobre. En el caso de producirse daños hepáticos graves puede ser necesaria la cirugía para un trasplante.

5 Discusión-Conclusión

Con un diagnóstico temprano de la enfermedad y siguiendo las pautas y tratamientos oportunos, los afectados por la misma, pueden obtener una calidad de vida óptima.

6 Bibliografía

1. Medlineplus.gov
2. Mayoclinic.org
3. Cuidateplus.com
4. Scielo.es
5. Cun.es

Capítulo 34

PERSONAL SANITARIO: LA FATIGA COMO FACTOR DE RIESGO ANTE UN ACCIDENTE LABORAL

NATALIA VÁZQUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La fatiga es una causa específica de un accidente de trabajo y consiste en el cansancio que sufre un trabajador por el excesivo desarrollo del trabajo diario, afectando al correcto desarrollo de las tareas cotidianas. Esta fatiga puede ser muscular pudiendo ser doloroso y molesto por una falta de entrenamiento o por una excesiva carga de ejercicio. La fatiga general se debe a una notable disminución del deseo de trabajar debido al trabajo bajo presión que llega a originar un desequilibrio en el organismo.

2 Objetivos

El objetivo de este texto es conocer en qué consiste la fatiga como factor de riesgo ante un accidente laboral para todo personal 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

Las causas del desequilibrio que causan la fatiga pueden ser la monotonía, la falta de descanso durante jornadas de trabajo intensas, ruidos extremos, escasa iluminación o una temperatura inadecuada en el puesto de trabajo, etc. Intervienen distintos factores:

1. Factores bioquímicos.
2. Factores sociales.
3. Factores fisiológicos.
4. Factores psicológicos.

La falta de sueño, tener alguna enfermedad como puede ser la anemia, trastornos emocionales, problema familiares pueden ser otra causas aunque no sean producidos dentro del ambiente laboral que repercuten sobre el trabajador y pueden llegar a causar un accidente de trabajo por fatiga puesto que la capacidad del trabajador para el desarrollo correcto de su labor se agota, disminuyendo su atención y motivación.

Los factores psicológicos que merman al trabajador se deben a la adaptación del mismo a su entorno laboral cuando no existe una relación entre el trabajador-grupo-ambiente o clima laboral debido a:

- No hay un trabajo en grupo.
- No hay comunicación o hay incompreensión con los mandos directivos.
- Existe una escasa disponibilidad y entrega.
- Desorganización en el trabajo llegando a sentirse frustrado por no terminar sus tareas.

Existen varios grados de fatiga:

1. Fatiga crónica: el trabajador realiza un trabajo prolongado y continuo, aunque puede ser no intenso, afectando a la adaptación del trabajador y al sistema nervioso por un estrés continuado y acumulado.
2. Fatiga aguda: es debida a un esfuerzo muscular que causa rigidez, calambres, anorexia y un estado de agitación en el sueño.
3. Fatiga fisiológica: está caracterizada por taquipnea, taquicardia, sudoración y se debe a que el organismo reacciona en los límites de la normalidad ante un

esfuerzo laboral.

5 Discusión-Conclusión

En los resultados he expuesto cuales pueden ser las causas de que el personal sanitario pueda contraer fatiga y las graves consecuencias sobre el trabajador pudiendo causar en muchos casos un accidente laboral.

6 Bibliografía

1. Prevención de riesgos laborales en el sector sanitario - Otros riesgos: Fatiga- Autor web Rioja Salud- disponible en <https://www.riojasalud.es>
2. Programas basados en mindfulness para el tratamiento de la fatiga por compasión en personal sanitario: una revisión- Sheila Pintado- agosto 2018- disponible en <https://scielo.conicyt.cl>

Capítulo 35

PRUEBA DE LA TROPONINA PARA EL DIAGNOSTICO DEL INFARTO DE MIOCARDIO

TAMARA REGUERA GONZALEZ

LAURA IZQUIERDO SUAREZ

1 Introducción

El infarto agudo de miocardio es la primera causa de muerte en muchos países del mundo. La troponina es una proteína de gran tamaño que regula la contracción del músculo cardíaco. Existen tres tipos de troponinas:

- Troponina C.
- Troponina I.
- Troponina T.

Cuando el miocardio resulta lesionado como ocurre cuando se tiene un ataque cardíaco se secretan a la sangre estas proteínas: la troponina T y la troponina I que son las que se encuentran solo en el corazón y son cardioespecíficas. La troponina T, es la primera que fue aislada mediante técnicas de inmunoanálisis no isotópico. Recientemente se han desarrollado métodos para la detección de la troponina I.

2 Objetivos

Mostrar cómo determinar la cantidad de troponina para así poder diagnosticar un infarto de miocardio.

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 test de troponina I y T son marcadores cardíacos para conocer de forma rápida si un paciente ha sufrido un síndrome coronario agudo como es el infarto de miocardio y así conseguir el diagnóstico y tratamiento adecuado y temprano.

El diagnóstico de un infarto de miocardio se basa en la detección de un aumento de los marcadores cardioespecíficos combinados con ECG. Cuando un paciente llega al servicio de urgencias con un dolor torácico se le piden varias pruebas entre ellas el test de troponinas. Se utiliza sangre total venosa y plasma, no hace falta ningún tipo de preparación para esta prueba. Cuando estas muestran se procesan hay que interpretar los resultados.

Valores normales:

- Troponina I: $< 10\mu/l$
- Troponina T: $0-0,1\mu/l$

Los rangos de valores normales pueden variar ligeramente entre diferentes laboratorios. Los valores normales 12 horas después de que el dolor torácico haya empezado significa que un ataque cardíaco es improbable. Un aumento de la troponina aun siendo leve significa algún daño en el corazón y los niveles altos son un signo de que ha ocurrido un ataque cardíaco. Un porcentaje alto de pacientes que han tenido un ataque cardíaco tienen un aumento de los niveles de troponina al cabo de 6 horas.

5 Discusión-Conclusión

De muchos marcadores que se estudian para evaluar el daño del músculo miocárdico, la troponina es la que se considera más sensible y específica.

6 Bibliografía

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

Capítulo 36

TSID: UROGRAFÍA INTRAVENOSA, CONTRAINDICACIONES

MARÍA JOSÉ FAMOS FERNÁNDEZ

CRISTINA RODRÍGUEZ MANZANO

DOLORES LAGUNA DÍAZ

MARIA ROSARIO RIVERA GONZALEZ

1 Introducción

La urografía intravenosa es una exploración radiológica bastante frecuente del aparato urinario. En esta exploración se visualizan los cálices mayores y menores, las pelvis renales, los uréteres y la vejiga urinaria después de inyectar un contraste por vía intravenosa. Consiste en una prueba funcional renal, porque las moléculas del contraste se eliminan rápidamente de la circulación y se excretan de forma completa por el riñón normal.

2 Objetivos

- Conocer en que consiste una urografía intravenosa, que estructuras podemos observar y para qué se usa esta prueba.
- Conocer cuáles son las contraindicaciones que puede presentar un paciente para poder realizar dicha prueba, para así evitar posibles complicaciones relacionadas con esta prueba.

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 3 objetivos principales de la urografía intravenosa son:

1. Visualizar la porción colectoral del aparato urinario.
2. Evaluar la capacidad funcional del riñón.
3. Evaluar si existe una presencia de patología o anomalías anatómicas en el aparato urinario.

Contraindicaciones para la realización de la prueba:

Aunque actualmente los medios de contraste utilizados se consideran bastante seguros el técnico debe tener cuidado con distintas afecciones que puede presentar un paciente y que impiden o son contraproducentes para la realización de una urografía, como son:

- Hipersensibilidad al contraste yodado.
- Anuria o ausencia de excreta de orina.
- Mieloma múltiple.
- Diabetes y en especial la diabetes mellitus.
- Una insuficiencia renal o hepática grave.
- Una insuficiencia cardíaca.
- Feocromocitoma.
- Drepanocitosis.
- Pacientes que estén tomando metformina (debe suspenderse la toma de esta medicación al menos 48 h posterior al estudio con contraste).
- Insuficiencia renal aguda o crónica.

En el caso del mieloma múltiple que es un trastorno maligno de las células plasmáticas de la médula ósea y en el feocromocitoma que es un tumor de las glándulas suprarrenales los riesgos en estos casos durante la realización de una urografía son más elevados y pueden tener que examinarse por otro tipo de método

diagnóstico por la imagen, aunque pueden someterse a esta prueba si el médico considera que el beneficio contrarresta los riesgos del procedimiento.

Un tratamiento de hidratación o una infusión de suero salino intravenoso y un diurético antes de la realización de la prueba puede minimizar el riesgo en pacientes con mieloma, diabetes y otras afecciones.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido en que consiste una urografía intravenosa, para que se utiliza y los casos en los que la realización de esta prueba esta contraindicada para pacientes con diversas patologías, evitando así posibles complicaciones a la hora de la realización de la prueba minimizando al máximo los riesgos para el paciente.

6 Bibliografía

1. Urografía intravenosa- Revista Elsevier Vol. 38. Núm. 3. - Julio 2001- MA. Camacho Pastora, JJ. Dones Carvajalb, M. Metola Gómez- Servicio de Medicina Interna del hospital universitario de Jaen- disponible en <https://www.elsevier.es>
2. Urografía intravenosa- Hospital San Juan de Dios de Tenerife- disponible en <https://www.google.com>

Capítulo 37

TIPO DE FRACTURAS

CRISTINA RODRÍGUEZ MANZANO

MARÍA JOSÉ FAMOS FERNÁNDEZ

MARIA ROSARIO RIVERA GONZALEZ

DOLORES LAGUNA DÍAZ

1 Introducción

La fractura es la pérdida de continuidad o ruptura de la sustancia ósea, es decir, del hueso ya sea parcial o total. Dependiendo de la edad de la persona se modifican los aspectos de la fractura. En el niño la fractura generalmente suele ser incompleta (fractura de tallo verde) sin grandes desplazamientos, con consolidación rápida y con escasa secuela funcional. En el adulto la fractura suele tener origen en grandes traumas, con desviaciones en los ejes y con secuelas funcionales invalidantes y definitivas. En el anciano, la fractura se produce de forma muy fácil, con una consolidación lenta y con secuelas anatómico funcionales frecuentes y graves, que a veces conlleva a una muerte prematura.

2 Objetivos

Valorar el grado de fractura ósea mediante las proyecciones radiográficas que se deben realizar al paciente en caso de sospecha de fractura.

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

Las proyecciones radiográficas que deben realizarse son como mínimo dos, en planos perpendiculares entre sí, para reconocer una línea de fractura y apreciar los desplazamientos de los fragmentos, incluyendo las articulaciones proximal y distal (si se trata de un hueso largo) de la zona traumatizada. En la parte radiografiada se debe incluir las áreas adyacentes que de forma secundaria se hayan podido lesionar.

Los diferentes tipos de fracturas que se pueden encontrar son:

-Fracturas diafisarias: según la línea de fractura y el desplazamiento, pueden ser:

A. Transversales: son raras en la diáfisis y aparecen a causa de un golpe directo o por fuerzas de angulación.

B. Oblicuas: la oblicuidad de la línea de fractura son 45° en relación con el eje longitudinal del hueso.

C. Espiroidea: la fuerza ejercida es rotacional. La línea de fractura rodea a la diáfisis.

D. Verticales: son poco frecuentes, suelen producirse por fuerzas de compresión, un hueso es impactado sobre otro.

E. En tornillo: desprendimiento epifisario.

-Fracturas por hundimiento: se producen en los huesos cortos, en la epífisis de los huesos largos y en los cuerpos vertebrales.

No existe línea de fractura, sino un engranaje de los fragmentos.

-Fracturas parciales o por arrancamiento: con localización epifisaria.

-En tallo verde: fractura incompleta que se da en los niños.

-Fracturas por despegamientos epifisarios: también se da en los niños.

-Fracturas complejas: son multi-fragmentarias, articulares y abiertas.

-Las epifisiolisis y lesiones epifisarios: se realizan cuando es posible radiografías del lado opuesto no lesionado, para hacer una comparación, ya que es difícil ver

la fractura.

-Fracturas por estrés, insuficiencia o marcha: también llamadas fracturas de fatiga, ocurren en la zona de máxima tensión del hueso. Suele asentarse al nivel de los miembros inferiores. La fisura en el hueso es transversal.

-Fracturas espontáneas o en hueso patológico: todo proceso que debilite el hueso conlleva un riesgo de presentar fracturas patológicas, es decir, en un hueso de mayor fragilidad de lo normal, puede aparecer: distrofia, tumores óseos malignos o benignos, desmineralización ósea, infección, etc.

-Fracturas avulsivas o con esquirlas: se producen en el lugar de inserción de una unidad musculotendinosa en el hueso.

-Fractura por compresión: frecuentes en huesos planos esponjosos (vértebras).

-Fracturas en rodete: normalmente producidas en niños, en los huesos largos por consecuencia de una compresión.

-Fractura en torus: producida por arrugamiento del córtex del hueso producidas por fuerzas de compresión.

-Fracturas en tubo de plomo: combinación de una fractura transversa incompleta en un lado del hueso y una fractura en torus en el lado opuesto.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a las proyecciones radiográficas adecuadas que se hacen al paciente el médico radiólogo puede elaborar un informe detallado del tipo de fractura que sufre éste y así llevar a cabo un tratamiento para su recuperación.

6 Bibliografía

1. Exploración radiológica: fracturas y enfermedades óseas más comunes.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
3. <https://www.scielo.org/es/>
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 38

LAVADO DE MANOS DEL PERSONAL SANITARIO

LUCÍA TUÑÓN FERNÁNDEZ

YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales afectan cada año a cientos de paciente de todo el mundo. Se pueden definir como la “infección que afecta a un paciente durante el proceso de atención en un hospital u otra instalación de atención sanitaria que no estaba presente ni se estaba incubando en el momento del ingreso. Incluye las infecciones contraídas en el hospital u en otro centro sanitario, pero que se manifiestan después del alta, y también las infecciones ocupacionales del personal del centro”.

La falta de higiene de manos antes y después de estar en contacto con un paciente, es el factor relacionado con la transmisión de los microorganismos común a la mayor parte de infecciones. Debido a ello, se considera la medida de prevención más eficiente para evitar las enfermedades nosocomiales.

La transmisión cruzada de microorganismos de un paciente a otro a partir de las manos del personal sanitario está considerada la principal vía de propagación de las infecciones relacionadas con el ámbito sanitario.

Durante estos últimos años, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad ha trabajado, promoviendo la práctica de la higiene de manos de los profesionales sanitarios, fomentando la disponibilidad y utilización de preparados de base

alcohólica en los puntos de atención a los pacientes y las acciones formativas. El lavado de manos es la clave para la prevención de las infecciones nosocomiales.

2 Objetivos

Dar a conocer el procedimiento de lavado de manos y los beneficios para el personal sanitario y para los pacientes de esta técnica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, utilizando como palabra clave lavado de manos. 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, además de realizar búsqueda en diferentes buscadores de Internet.

4 Resultados

El lavado de manos es una medida primordial para reducir la incidencia y la propagación de los microorganismos, las manos actúan como un vector de transmisión de los patógenos y es la clave para el control de las infecciones nosocomiales.

La piel está normalmente colonizada y los microorganismos presentes en las manos constituyen la flora residente y la flora transitoria. La flora residente coloniza las partes más profundas de la piel y tiene poco potencial patogénico. Por otro lado, la flora transitoria coloniza las capas más superficiales y se adquiere generalmente por el contacto con otro paciente o con superficies contaminadas. Esta flora está formada principalmente por *Staphylococcus aureus*. El lavado de manos permite eliminar esta flora transitoria.

Son diversas las técnicas para el lavado de manos, como el lavado higiénico con agua y jabón neutro, el lavado antiséptico de manos con jabón antiséptico, lavado de manos con solución hidroalcohólica y el lavado de manos quirúrgico, con jabón antiséptico y solución hidroalcohólica.

La selección de uno u otro procedimiento depende de la flora que se pretenda eliminar. El lavado con agua y jabón, es suficiente para eliminar la flora transitoria, sin embargo, para la permanente está indicado el uso de antisépticos. A continuación nos centraremos en el lavado higiénico, los materiales necesarios son: jabón líquido pH neutro, solución antiséptica y toalla de papel desechable.

Los pasos a seguir son los siguientes: Humedecer las manos con agua tibia, aplicar jabón líquido. Distribuir el jabón frotando durante al menos 15 segundos en el siguiente orden: frotar las palmas de las manos entre sí entrelazando dedos, palma con dorso de la otra mano entrelazando dedos, nudillos con palma, pulgares, punta de los dedos y muñecas. Por último, aclararse con abundante agua, secarse las manos con la toalla de papel y cerrar el grifo con ésta y desecharla.

La eficacia de antisépticos con base hidroalcohólica presentan ventajas como la eliminación de múltiples microorganismos, como los virus, y al no requerir un lavado o secado de manos son mejor aceptados por parte de los profesionales sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

Las manos del personal sanitario son el principal mecanismo de transmisión de enfermedades nosocomiales, por ello debemos concienciarnos de la importancia del lavado de manos. Para ello debemos de concienciar a toda la población, de los beneficios del lavado de manos y para ello se deben crear talleres, charlas explicando la cruda realidad de las enfermedades nosocomiales y los beneficios de un simple lavado de manos.

6 Bibliografía

1. www.seguridaddelpaciente.es
2. www.scielo.org
3. www.elsevier.es
4. www.astursalud.es

Capítulo 39

HIGIENE POSTURAL EN EL PERSONAL SANITARIO

LUCÍA TUÑÓN FERNÁNDEZ

YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE

1 Introducción

El personal sanitario adopta posturas inadecuadas durante sus jornadas laborales, eso se traduce en un personal con lesiones musculares.

La higiene postural es el conjunto de normas, cuyo objetivo es mantener la correcta posición del cuerpo, para evitar lesiones en la columna vertebral, muchas de estas lesiones debidas a movimientos repetitivos. Para ello debemos evitar que se presenten dolores y disminuir el riesgo de lesiones podremos mejorarla. Al aprender a realizar los esfuerzos de la vida diaria de la forma más adecuada se reducirá el riesgo de sufrir de dolores de espalda.

2 Objetivos

Analizar la higiene postural del personal sanitario, para poder disminuir las lesiones y con ello mejor la calidad laboral del personal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, utilizando como palabra

clave higiene postural. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, además de realizar búsqueda en diferentes buscadores de Internet.

4 Resultados

La actividad diaria del personal sanitario está asociada a mantenerse de pie muchas horas durante su jornada laboral, movilizar pacientes con movilidad reducida y realizar movimientos repetitivos. Todos ellos suponen un gran esfuerzo para el personal sanitario y lesiones para el personal.

Por ello, una higiene postural correcta nos ayudará reducir las lesiones, mejorar nuestra calidad en el trabajo. Lo más importante cuando movilizamos a un paciente, lo primero es explicarle al paciente lo que vamos a hacer y le pediremos su colaboración. Siempre y cuando sea posible realizar la movilización entre dos personas.

5 Discusión-Conclusión

Más de la mitad del personal sanitario padecen lesiones osteomusculares, debido a una mala educación postural. Adoptar una posición adecuada a la hora de realizar una movilización, evitará lesiones musculares, lesiones cervicales o lumbares. Por ello, es necesario que los trabajadores estén concienciados sobre una buena educación postural.

6 Bibliografía

1. www.scielo.org
2. www.elsevier.es
3. www.diariomedico.com

Capítulo 40

EL CELADOR EN PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN

MARIA ISABEL FERNANDEZ JIMENEZ

1 Introducción

Según establece el Estatuto en su artículo 9 referido al personal no sanitario, el servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social, el grupo de personal subalterno en la escala general está compuesto por:

- Jefe de personal.
- Subalterno.

Los celadores realizan una labor muy necesaria para el buen funcionamiento del hospital, lo cual es un elemento esencial en la imagen que refleja a familiares y usuarios, este debe actuar de manera eficaz y responsable para ello es muy importante que conozca sus funciones. En la planta de hospitalización es muy importante que el celador sea una persona amable y paciente, con gran sentido del humanismo y espíritu de equipo. El trabajo en planta es muy variado.

2 Objetivos

- Conocer las diferentes tareas que desarrolla un celador de planta.
- Revisar las aptitudes que debe tener el celador destinado a planta.
- Revisar técnicas de movilización.

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

Las funciones de un celador de planta son muy variadas, así como lo es el trabajo en una planta de hospitalización.

- Se hace cargo de los enfermos que llegan a planta.
- Dirige al enfermo a la habitación ayudando al personal sanitario a encamarlo.
- Ayuda a lavar enfermos.
- Afeita a enfermos en ausencia del peluquero.
- Atiende las instrucciones del médico o enfermero respecto a la distribución de farmacia pesada.
- Traslada aparatos y material.
- Controla que los enfermos y acompañantes no hagan mal uso del material.
- Lleva informes verbales o escritos a servicios que le sean ordenados.
- Transporta y coloca la botella del oxígeno a la cabecera del enfermo bajo la vigilancia de la enfermera adaptando el manómetro y abriendo la botella.
- Asimismo si hay una persona fallecida, la traslada al mortuario.

Los celadores deben de seguir varias normas:

- Confidencialidad: está prohibido divulgar datos sobre la identidad o salud de cualquier paciente.
- Cuando se traslada al paciente ya sea en camilla o en silla de ruedas, no se puede circular con ningún dato a la vista, no ponerlo encima de la cama a la vista y no permitir la lectura de la historia clínica a nadie, incluido el paciente. El enfermo/paciente es la persona que se nos encomienda para cuidar su salud física así como su intimidad y su dignidad tanto física como emocional. Tiene derecho a recibir información sobre su estado. Esta le será proporcionada por el médico o enfermero. Se debe tratar al enfermo con respeto, amabilidad y discreción. Si vamos a movilizarlo en la cama, cerramos la puerta de la habitación, le explicaremos que es lo que vamos a hacer y procedemos. Si le vamos a transportar en silla

y solo tiene un pijama o camisón le proporcionaremos una bata. Al transporte a una prueba le diremos a donde lo llevamos, si tiene dudas se las haremos saber a la enfermera.

Es importante tratar al paciente llevando a la práctica estos consejos:

- Cordialidad: mostrarse amable y afectuoso.
- Escucha activa: nuestro interlocutor debe darse cuenta de que le vemos y sentimos, que nos interesa lo que nos dice.
- Empatizar: ponernos en el lugar del paciente.
- Respeto: aceptar y comprender cómo son los demás.

En el trato con el paciente es importante darnos a conocer. Llamaremos al paciente por su nombre, para que la comunicación sea más llana y amable.

- Iremos correctamente uniformados.
- No podemos dar información sobre tratamientos e información sanitaria.
- Nunca dejaremos solo al paciente en los pasillos.
- Cuando traslademos a un paciente hay que escuchar bien lo que se nos dice.
- Si hacemos la tarea con otro compañero preparamos bien la sincronización con este.
- Frenar siempre las camas si trasladamos a un paciente.
- Frenar las sillas si vamos a sentar a un paciente.
- No hacer que pasen por encima de los pedales de la silla.
- Avisar en control de enfermería de la marcha o llegada de un paciente.
- No ponernos en movimiento con una cama sin colocar los sueros en su porta-sueros.
- Vigilar la altura de los sueros cuando circulemos y al pasar por debajo de cualquier marco de puerta.

El celador de planta movilizará a los enfermos en camilla o silla de ruedas e incluso en la propia cama. Si para su traslado es necesario usar camilla se colocará esta, paralela a la cama, poniendo el freno a ambas. Si el paciente puede desplazarse, se le ayudará a colocarse en la camilla, si no puede se le desplaza con la ayuda de dos o tres personas. Si para el traslado es necesario usar una silla de ruedas, procederemos a colocarla frenada, en paralelo a los pies de la cama, sentaremos al paciente en la orilla de la misma, le desplazaremos lateralmente hasta sentarlo en la silla. Tanto para el traslado en cama, camilla o silla de ruedas debemos tener en cuenta que:

- El paciente deberá ir bien sujeto para evitar caídas en su desplazamiento
- Evitar corrientes de aire o lugares donde el enfermo pudiera sentirse mal.

- Cuando se tengan que bajar rampas, nos situamos, en la parte inferior caminando hacia atrás, de forma que el paciente encamado mire hacia nosotros y si va en silla de ruedas mirando en la misma posición que nosotros
- Para entrar en el ascensor primero entrara el celador y tirará de la camilla haciendo pasar primero la cabecera

Si el paciente tiene que empezar a caminar se trasladara con muletas, bastón o andador pero siempre ira acompañado y manteniendo su ritmo de paso.

5 Discusión-Conclusión

El celador en la planta de hospitalización realiza diversas labores, todas muy importantes. Éstas son de colaboración y apoyo de el resto del personal.

1. Habilidades comunicatorias.
2. Habilidades prácticas.
3. Sentido de la responsabilidad.
4. Ser amable y paciente.

Asimismo tendrá un conocimiento exhaustivo de las diferentes posiciones anatómicas y de las técnicas de movilización existentes.

6 Bibliografía

1. Manual de acogida para celadores www.euskadi.es
2. Sindicato de sanidad de las palmas www.cgtsanidadlpa.org
3. Carpe diem 2010. El celador en sanidad.

Capítulo 41

LOS CELADORES EN EL ÁREA DE URGENCIAS: TRASLADAMOS PACIENTES Y TRANSMITIMOS IMPRESIONES. IMPORTANCIA DE LA PRIMERA IMPRESIÓN

MARGARITA FERNANDEZ PULGAR

1 Introducción

Como bien dice el conocido refrán “la primera impresión es la que cuenta”. En el entorno sanitario, sobre todo en el área de urgencias, este refrán cobra aún más importancia.

Puesto que una de las principales funciones del celador en el servicio de urgencias consiste en recibir al paciente enfermo cuando este necesita una atención médica urgente, seremos nosotros, como celadores, el primer profesional con el que el enfermo entra en contacto. De ahí la importancia de cuidar la formación y los conocimientos que tengamos al respecto, ya que la primera impresión que se llevará será la que nosotros le transmitamos.

Dado que vivimos en un entorno social donde actualmente tendemos a ir muy rápido, por diversos problemas externos a nuestro trabajo, el entorno que nos rodea nos provoca estrés, y nos afecta, de manera que solemos trasladar inconscientemente dichos problemas a nuestro trabajo, descuidando aspectos que nos serán de gran utilidad para mejorar como profesionales del entorno sanitario.

Esto repercute negativamente, como vamos a ver a continuación en este artículo, a las impresiones que trasladamos a los enfermos que precisan de nuestra asistencia, y por lo tanto tenemos que aprender a evitarlos.

2 Objetivos

Exponer los principales aspectos relacionados con la primera impresión que un paciente puede tener al primer contacto con el sistema sanitario a través de un celador.

3 Metodología

Para escribir este artículo he realizado búsquedas de diversas publicaciones sobre el tema en internet relacionados con la comunicación y trato al paciente, y en artículos publicados de psicología al respecto, sobre cómo causar buenas impresiones. También me he basado en la formación adquirida en los temarios de las funciones de los celadores y en la observación del comportamiento del personal en las áreas de urgencias.

4 Resultados

Es fundamental:

- Ser conscientes de que el enfermo que acude al servicio de urgencias acude en busca de ayuda.
- Mostrar una buena impresión hará que el paciente se sienta apoyado emocionalmente.
- Causar una impresión positiva en el enfermo cuando lo recibimos a su llegada y en su traslado, ayudará a que este no vea las cosas de manera tan negativa y afronte el problema con más positividad.
- Evitar transmitirle una mala impresión, porque esto podría causar más miedo a la situación en la que se encuentra.

1. Aspecto no verbal: comprende todo lo que engloba a nuestro aspecto físico, el aseo personal y la apariencia. No importa si somos guapos o feos, si no que importa la imagen en general que proyectamos hacia la otra persona. Una mala higiene o un aspecto desaliñado provoca una impresión negativa.

2. Aspecto verbal: se refiere a la utilización de las palabras, y cómo las empleamos. Debemos utilizar bien las palabras, evitando comentarios negativos y prestar mucha atención al contenido de estas. Usar siempre palabras que transmitan amabilidad ofrece confianza al enfermo y este se sentirá apoyado.

3. Aspectos vocales: se refiere a la entonación con la utilizamos las palabras. No debemos utilizar nunca un tono alto ni despótico, un tono que nos haga parecer enfadados influirá negativamente en la impresión que queremos causar. Usar un tono tranquilo, que transmita calma y seguridad al enfermo.

Causar una buena impresión en la persona que está enferma y necesita una atención sanitaria de manera inmediata, hará que afronte la situación con mayor positividad.

Para obtener buenos resultados y causar por tanto una buena impresión a los enfermos debemos tener en cuenta lo que transmitimos.

- Sonreír, que no es lo mismo que reírnos. Mostrar una sonrisa amable en nuestro rostro, a través de los ojos, con una expresión de calma en la cara hará que nuestros rasgos se dulcifiquen y calmará mucho la ansiedad del paciente.
- Cuidar la imagen personal y lucir un aspecto cuidado hará que no provoquemos una sensación de rechazo.
- Escuchar al enfermo poniendo toda nuestra atención, dejándole terminar de hablar sin interrumpirle e interesarse por lo que nos está transmitiendo, bien sea malestar, dolor, preocupación por su estado, etc. hará que se sienta más seguro.
- Mostrar que tenemos un interés común, que en el caso del paciente de urgencias, será la recuperación de la salud, le transmitirá tranquilidad.
- Antes de irnos deberíamos terminar con un comentario positivo, lo que hará que el enfermo guarde un buen recuerdo del profesional que lo está ayudando, dentro de la mala situación por la que está pasando.

5 Discusión-Conclusión

Nunca debemos transmitir una impresión negativa ante las situaciones que se dan en el área de urgencias. Debemos tener en cuenta que las personas que acuden al servicio de urgencias necesitan una atención inmediata y no deberíamos poner nunca en duda su situación, ya que no es competencia nuestra realizar un diagnóstico.

Comprender la situación por la que pasan estas personas hace que causemos una impresión positiva y, por tanto, aportamos un beneficio para el paciente.

Finalmente, citamos una célebre frase en la que podríamos resumir este artículo, “nunca hay una segunda oportunidad para causar una buena impresión” Oscar Wilde.

6 Bibliografía

1. Temario Campus Salud para celadores, Temario FYSA Formación (habilidades sociales en el personal no sanitario)
2. psicologiaymente.com
3. lamenteesmaravillosa.com
4. elmundo.es

Capítulo 42

CELADOR, INTENSIVA, CUIDADOS, VIGILANCIA

MARCOS SANCHEZ CASERO

1 Introducción

Los profesiones relacionadas con el sector sanitario, por el estrecho contacto que mantienen con usuarios y pacientes, tienen un mayor riesgo de sufrir agresiones o actos de violencia por parte de los usuarios. Por tanto, podemos definir violencia laboral como “toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante la cual una persona es amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma”.

En el colectivo sanitario pueden derivarse riesgos de agresión por pacientes o familiares principalmente en las unidades más problemáticas como urgencias, psiquiatría, centros para discapacitados psíquicos, geriátrico, trabajos en ambulancias, lugares solitarios o trabajos aislados, etc.

Las consecuencias pueden ser las propias de la agresión: leves, graves o incluso mortales en función de la situación, pudiendo darse golpes, cortes por arma blanca, heridas por arma de fuego, etc y/o síntomas de estrés agudo post-traumático. Por lo que el papel del celador es indispensable, el trabajo debe desarrollarse en un sistema de trabajo seguro que integre diferentes elementos de vigilancia asistencias, protección, organización de la seguridad y de situaciones de emergencias, debe de controlar el acceso y la acreditación de las personas dependiendo del riesgo.

2 Objetivos

Dar a conocer al trabajador, en este caso el celador, las medidas de tipo organizativo y cuál debe de ser su actitud para evitar en medida de lo posible que se produzca una agresión.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en buscador científico PubMed, utilizando palabras clave, como agresión, celador, actitud, sanitario, etc. Además, se realiza una búsqueda en bibliografía sistemática.

4 Resultados

Las medidas del tipo organizativo son las más eficaces para prevenir las conductas agresivas de los pacientes y familiares. Entre ellas están, la reducción de los tiempos de espera, la comunicación fluida entre el personal y los pacientes y familiares, las salas de espera confortables, la existencia de intercomunicadores o teléfonos para casos de emergencia, pulsadores o timbres de emergencia, etc.

El comportamiento o actitud que debe de mantener un celador, es comprensión tolerante con los sentimientos de la otra persona y rehuir discusiones sobre todo referente a opiniones, se debe de centrar en los hechos ocurridos. Se debe ser asertivo, seguro, no angustiarse, ni ser impetuoso, no decir más de lo estrictamente necesario.

Durante una situación conflictiva, conviene hablar pausadamente, mantener la calma, emplear frases cortas que faciliten una respiración controlada. Después del conflicto concédete una pausa para calmarte, aflojar la tensión y relajarte.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante elaborar protocolos frente a las agresiones a su personal que abarquen los aspectos preventivos del fenómeno y también aquellos que ayuden a clarificar cómo debe el personal reaccionar ante las situaciones de violencia para evitarlas, o si ello no ha sido posible, qué debe hacer para minimizar su impacto, cómo declararlas, cómo actuar legalmente y quién debe hacerlo y cómo se debe de dejar constancia de que se ha producido la agresión.

Un aspecto fundamental que abarcan los distintos planes de prevención de agresiones es la parte preventiva que trata de modificar las situaciones conflictivas. Uno sobre los aspectos a incidir es la información que se da al ciudadano. Debe ser clara, comprensible cercana y basarse en la mutua confianza. Es preciso que los usuarios conozcan sus derechos pero también sus deberes. Hay que disminuir la burocracia al mínimo para no confundir y enervar a los pacientes.

Las habilidades de comunicación y manejo de situaciones hostiles deberían formar parte del currículum formativo de los profesionales sanitarios y de la formación continuada de los mismos, así como del personal administrativo y de apoyo que tiene contacto con los pacientes.

6 Bibliografía

1. Plan de Prevención de las Agresiones a los Profesionales de la Sanidad de Murcia.
2. Plan Director de Seguridad Corporativa y de Protección del Patrimonio del SESCAM. Plan Perseo.
3. El Convenio sobre discriminación y empleo (año 1958), en el que dispone que toda política o medida encaminada a combatir la violencia en el lugar de trabajo debería promover el trabajo decente y el respeto mutuo y promocionar la igualdad de trato entre hombres y mujeres.
4. El Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores (año 1981), que señala que un medio ambiente seguro y saludable facilita un estado de salud físico y mental óptimo en relación con el trabajo, y contribuye a prevenir la violencia en el lugar de trabajo.
5. El artículo 40.2 de la Constitución Española encomienda a los poderes públicos el deber de velar por la seguridad e higiene en el trabajo.
6. La Ley 31/1995 de 8 de noviembre sobre Prevención de Riesgos Laborales, en el artículo 14.2, dice: “el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con su trabajo”.
7. El art. 17.1.d) de la Ley 55/2003 del Estatuto Marco del Personal de los Servicios de Salud, establece entre los derechos de este personal el de recibir una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, así como riesgos generales en los Centros Sanitarios o derivados del trabajo habitual y a la información específica en esta materia.
8. El precitado art. 17.1 de la Ley 55/2003, en su apartado h), establece el derecho del personal a recibir asistencia y protección de las Administraciones Públicas

y Servicios de Salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones.

Capítulo 43

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO ANTE CONDUCTAS VIOLENTAS EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA JESÚS GARCÍA POVEDANO

1 Introducción

Los profesiones relacionados con el sector sanitario, en particular los auxiliares administrativos, tienen un mayor riesgo de sufrir agresiones o actos de violencia debido a que son la puerta de entrada al paciente, usuario y familia. Por tanto, podemos definir violencia laboral como “toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante la cual una persona es amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma”.

En el colectivo sanitario pueden derivarse riesgos de agresión por pacientes o familiares principalmente en las unidades más problemáticas como pueden ser urgencias, psiquiatría, centros para discapacitados psíquicos, geriátrico, etc.

2 Objetivos

Dar a conocer al trabajador en este caso el auxiliar administrativo, las medidas de tipo organizativo y cuál debe de ser su actitud para evitar en medida de lo posible que se produzca una agresión.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en buscador científico PubMed, utilizando palabras clave, como auxiliar administrativo, riesgos, actitud , agresión etc. Además, se realiza una búsqueda en bibliografía sistemática.

4 Resultados

Las medidas del tipo organizativo son las más eficaces para prevenir las conductas agresivas de los pacientes y familiares. Entre ellas están, la reducción de los tiempos de espera, la comunicación fluida entre el personal y los pacientes y familiares, las salas de espera confortables, la existencia de intercomunicadores o teléfonos para casos de emergencia, pulsadores o timbres de emergencia, etc

El comportamiento o actitud que debe de mantener un auxiliar administrativo, es comprensión tolerante con los sentimientos de la otra persona y rehuir discusiones sobre todo referente a opiniones, se debe de centrar en los hechos ocurridos. Se debe ser asertivo, seguro, no angustiarse, ni ser impetuoso y no decir más de lo estrictamente necesario.

Durante una situación conflictiva, conviene hablar pausadamente, mantener la calma, emplear frases cortas que faciliten una respiración controlada.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante elaborar protocolos frente a las agresiones que abarquen los aspectos preventivos de la agresión y también ayuden a clarificar cómo debe el personal reaccionar ante las situaciones de violencia para evitarlas, o si ello no ha sido posible, qué debe hacer para minimizar su impacto, cómo declararlas, cómo actuar legalmente, quién debe hacerlo y cómo se debe de dejar constancia de que se ha producido la agresión.

Un aspecto fundamental que abarcan los distintos planes de prevención de agresiones es la parte preventiva que trata de modificar las situaciones conflictivas. Uno sobre los aspectos a incidir es la información que se da al ciudadano. Debe ser clara, comprensible cercana y basarse en la mutua confianza. Es preciso que los usuarios conozcan sus derechos pero también sus deberes. Hay que disminuir la burocracia al mínimo para no confundir y enervar a los pacientes.

Las habilidades de comunicación y manejo de situaciones hostiles deberían formar parte del currículum formativo de los profesionales sanitarios y de la formación continuada de los mismos, así como del personal administrativo y de apoyo que tiene contacto con los pacientes.

6 Bibliografía

1. Plan de Prevención de las Agresiones a los Profesionales de la Sanidad de Murcia.
2. Plan Director de Seguridad Corporativa y de Protección del Patrimonio del SESCAM. Plan Perseo.
3. El Convenio sobre discriminación y empleo (año 1958), en el que dispone que toda política o medida encaminada a combatir la violencia en el lugar de trabajo debería promover el trabajo decente y el respeto mutuo y promocionar la igualdad de trato entre hombres y mujeres.
4. El Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores (año 1981), que señala que un medio ambiente seguro y saludable facilita un estado de salud físico y mental óptimo en relación con el trabajo, y contribuye a prevenir la violencia en el lugar de trabajo.
5. El artículo 40.2 de la Constitución Española encomienda a los poderes públicos el deber de velar por la seguridad e higiene en el trabajo.
6. La Ley 31/1995 de 8 de noviembre sobre Prevención de Riesgos Laborales, en el artículo 14.2, dice: “el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con su trabajo”.
7. El art. 17.1.d) de la Ley 55/2003 del Estatuto Marco del Personal de los Servicios de Salud, establece entre los derechos de este personal el de recibir una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, así como riesgos generales en los Centros Sanitarios o derivados del trabajo habitual y a la información específica en esta materia.
8. El precitado art. 17.1 de la Ley 55/2003, en su apartado h), establece el derecho del personal a recibir asistencia y protección de las Administraciones Públicas y Servicios de Salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones.

Capítulo 44

LA FUNCIÓN ADMINISTRATIVA EN URGENCIAS DEL CENTRO SALUD

MARÍA CRISTINA DÍAZ VILAS

1 Introducción

Los servicios de urgencias tienen como misión la prestación de la atención sanitaria urgente a las personas que lo demanden, en el tiempo adecuado, con los recursos técnicos y humanos proporcionales para satisfacer las necesidades de los ciudadanos. Es necesaria la colaboración de todos para hacer un uso correcto de los servicios en función de los recursos del sistema y de acuerdo con las necesidades de salud, evitando situaciones de uso poco responsables o abusivas, que entorpezcan el funcionamiento de dichos servicios.

El teléfono 112 es un teléfono único para cualquier urgencia y emergencia, incluidas las urgencias y emergencias sanitarias. Funciona las 24 horas al día y 365 días al año para toda la Unión Europea. Es un teléfono gratuito y accesible desde cualquier teléfono fijo o móvil.

La mayoría de las personas, en un determinado momento, pueden ser testigos, estar involucradas o experimentar una urgencia o emergencia sanitaria. Los Centros de Salud prestan todas aquellas actividades asistenciales de atención individual, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento de procesos agudos o crónicos así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad que realizan diferentes profesionales de Atención Primaria. Si precisa atención urgente fuera del horario de atención de su Centro de Salud o en un día festivo, puede acceder al Servicio de Atención Continuada (SAC), Servicios

de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) y al SAMU, todos ellos a través del teléfono 112 o llamando directamente a los Centros de Salud.

Las urgencias en las zonas urbanas y rurales comienzan desde las 20 horas a las 8 horas del día siguiente de lunes a jueves, los viernes desde las 15 horas hasta las 8:00 horas del lunes y las 24 horas de los días festivos. En los Centros de Salud urbanos y rurales junto con el personal sanitario se encuentra el auxiliar administrativo en la Unidad de Administrativa.

2 Objetivos

Conocer las diferentes funciones dentro del personal administrativo en un servicio de urgencias de atención primaria.

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

Su función principal es el registro administrativo informatizado de todo usuario que solicite atención sanitaria. Por ello se ha de proporcionar una atención presencial mediante:

1. Identificación del paciente, es decir, recoger sus datos de filiación del paciente.
2. Abrir la Historia Clínica.
3. Informar inicialmente a los familiares sobre cómo deben proceder.
4. Realizar la función de Servicio de Atención al Usuario (SAU) en el caso de que éste no exista como tal.
5. Localizar la ubicación de los pacientes o familiares en el Centro del Salud.
6. Localizar a familiares o responsables, en sus domicilios o lugar de trabajo, de los pacientes que acudan solos a Urgencias.
7. Tramitar la documentación relacionada con situaciones judiciales: partes judiciales, etc.

8. Facilitar la realización de las reclamaciones que los usuarios consideren oportunas.

9. Facilitar la realización de las sugerencias que los usuarios consideren oportunas.

Otras de las funciones del personal administrativo para proporcionar una atención presencial es:

- Atención telefónica: avisos domiciliarios, urgencias en la calle, información sanitaria, etc.
- Recogida de datos de los avisos del SAMU.
- Los distintos tipos de personas (afables, hostiles, etc.) reaccionan de modo distinto ante las mismas necesidades, hay que saber lidiar con cada una de ellas manteniendo la calma y siendo respetuosos, adaptándonos a cada tipo de paciente con un trato personalizado.

Entre las diferentes funciones dentro del personal administrativo, aparte del registro mencionado anteriormente, en un servicio de urgencias de atención primaria cabe destacar:

- Incrementar la calidad de la atención del usuario/paciente.
- Adaptar las necesidades de cada persona.
- Reducir el tiempo de espera.
- Ofrecer una atención de más calidad a los pacientes, más ágil y segura, y que permita ampliar la atención domiciliaria de aquellos usuarios que la precisan.
- Dar atención a la demanda de asistencia urgente de su entorno, por lo que debe proyectar que pueda.
- Garantizar la atención.
- Ofrecer una atención integral.
- Asegurar la continuidad del proceso asistencial.
- Responder a todas las situaciones considerando que el índice de resolución de las diferentes situaciones de urgencia debe estar en función de la complejidad del propio Centro de Salud.
- Priorizar la asistencia para dar una respuesta adecuada, en tiempo y recursos, a la urgencia en cualquiera de sus niveles.
- Atender la situación patológica que presente el paciente.
- Asegurar la continuidad del proceso asistencial y por ello debe proceder a una derivación correcta.

5 Discusión-Conclusión

El administrativo es fundamental en las urgencias sanitarias. Es el enlace entre el usuario/paciente y el personal sanitario, así como con el SAMU-112 si la urgencia es de más gravedad y se necesita atención hospitalaria.

Por último sería correcto mencionar que el papel del administrativo va más allá, pudiendo destacar entre sus funciones las siguientes:

- Observar que los pacientes y familiares se sienten más satisfechos y ven cumplida sus necesidades.
- Mayor rapidez en la atención de la urgencia o emergencia.
- Mayor calidad en la atención de la urgencia o emergencia.
- Permitirá asimismo reforzar la atención domiciliaria, mejorar la formación de los profesionales y una mejor adecuación de los recursos y medios humanos disponibles a las necesidades asistenciales.

6 Bibliografía

1. www.astursalud.es
2. www.comunidad.madrid/servicios/salud
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
4. <https://www.scielo.org/es/>
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 45

EL PAPEL DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE TERMINAL

JERONIMO GARCIA VELASCO

1 Introducción

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, podemos definir al Paciente Terminal como “el paciente con enfermedad muy avanzada, activa en progresión y con un pronóstico vital limitado” (que por ello conlleva la muerte en un tiempo generalmente inferior a 6 meses).

En las situaciones terminales el objetivo de la atención médica no es el curar sino el de cuidar al paciente tanto física como psicológicamente.

2 Objetivos

Analizar la actuación del celador ante el paciente terminal.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en la base de datos PubMed utilizando los descriptores: Paciente terminal, cuidados paliativos, empatía, duelo, unidad del paciente, celador.

4 Resultados

El papel del celador ante el paciente terminal es muy importante, ya que forma parte del equipo (médicos, enfermeros/as, auxiliares de enfermería, psicólogos, etc.) que proporciona los cuidados paliativos o de confort al paciente y por ello debe ser muy cauteloso y profesional en su trabajo.

El comportamiento del celador deberá ir enfocado a mejorar la calidad de vida del paciente, proporcionándole una atención continua e individualizada, fomentando la dignidad del paciente, manteniendo una higiene diaria y continua tanto del enfermo como de la unidad del paciente. Por ende es el conjunto formado por el espacio de la habitación, el mobiliario y el material que utiliza el paciente durante su estancia en el centro hospitalario.

Deberá extremar el comportamiento ante los familiares y ser prudente en sus comentarios. El celador deberá desarrollar su empatía (capacidad de ponernos en el lugar de alguien y comprender lo que siente o piensa) y atender las necesidades psicológicas del paciente escuchando y hablando con él.

El enfermo terminal puede pasar por cinco etapas ante la aceptación de la muerte, si bien no tiene por qué pasar por todas ellas, sí lo hará al menos por dos.

La psiquiatra suizo-estadounidense Kùbler Ross (1926-2004) describe la Aceptación de la Muerte en cinco etapas:

1. Negación. Es la defensa del paciente ante la enfermedad.
2. Ira. Fase de desaprobación, rabia, disgusto, descontento, etc.
3. Negociación. (Pacto). El paciente va aceptando la idea de que va a morir, sin embargo intentará retrasar o aplazar el desenlace lo máximo posible.
4. Depresión. Fase de desaliento y desánimo. La fase reactiva es la reacción del paciente al recibir la mala noticia produciéndose insomnio, cambios de comportamiento, etc. Por otro lado en la fase preparatoria se produce la metamorfosis entre la lucha por la vida y la muerte.
5. Aceptación. El paciente ya está preparado para el fatal desenlace (la muerte).

Las personas sufren el duelo de distinta manera, el celador deberá de tratar a cada una de forma individual y distinta respetando siempre sus creencias y necesidades religiosas.

5 Discusión-Conclusión

Tras este análisis llegamos a la conclusión de que el celador es una parte muy importante dentro los profesionales que atienden al paciente en estado terminal en sus últimos días de vida.

El confort del paciente en fase terminal debe ser el objetivo principal del celador. Para ello deberá conocer porqué etapas puede pasar ante la aceptación de la muerte y ponerse en lugar de él (empatía) para ofrecer unos cuidados efectivos.

Una formación específica en cuidados paliativos o de confort sería de gran ayuda para un correcto trato profesional a las familias y al paciente terminal por parte del celador y el resto del equipo sanitario.

6 Bibliografía

1. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 33(Supl. 1), 97-106. Recuperado en 09 de diciembre de 2017, de scielo.isciii.es
2. Sobre la muerte y los moribundos – On death and Dying – 1969 Elizabeth Kübler Ross.
3. Ley 5/2018, de 22 de Junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso del final de la vida. Título II Deberes de los profesionales que atienden a la persona durante el proceso del final de su vida.

Capítulo 46

ACTUACIÓN DE LOS CELADORES ANTE EL PLAN DE EMERGENCIA. EVACUACIÓN DE EMERGENCIA

MARGARITA FERNANDEZ PULGAR

1 Introducción

Ante todo debemos tener en cuenta que los centros hospitalarios son lugares donde se concentra gran cantidad de personas, como son el personal del propio hospital (trabajadores), como enfermos y sus acompañantes.

Entendemos que es una emergencia cuando se produce un riesgo, producido por una serie de acontecimientos, (escapes de gas, explosión, inundación, incendio, etc.) que, en mayor o menor medida producen consecuencias que ponen en peligro la vida o la salud de las personas. Suelen ser más habituales las emergencias producidas por incendios, y son clasificadas en tres tipos:

1. Conato de emergencia. El factor causante puede ser controlado con rapidez por el personal y los medios de protección propios de los que disponga el propio centro hospitalario.
2. Emergencia limitada. El suceso, para ser controlado, requiere de la intervención de los equipos existentes en el área, destinados para esa finalidad, y solo afectan a dicha área sin perjuicio de las demás.
3. Emergencia general. El accidente es de tal magnitud que, además de la actuación de los equipos internos del centro, se precisará del apoyo de equipos externos especializados.

Por ello es importante que el personal, y en este caso los celadores, tengan conocimientos sobre la actuación en determinados casos de emergencia. Cuando hay un siniestro como un incendio, es indispensable actuar con rapidez, desde que el fuego se detecta, se activa la alarma se procede a la evacuación. Para ello, los hospitales deben contar con un plan de emergencia y con sistemas de protección instalados.

El plan de emergencia nos permite conocer las medidas que debemos tomar en caso de producirse el riesgo para estar prevenidos ante posibles accidentes. Los simulacros también nos ayudan a practicar y calcular los tiempos de actuación y evacuación. Estar formado en el uso de extintores, saber identificar las salidas de emergencia, y conocer los métodos de evacuación, nos será de gran ayuda en caso de producirse el siniestro. Según la Ley 2/85 de Protección Civil y Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales, todos los trabajadores de los centros hospitalarios están obligados a participar y colaborar en las labores necesarias en caso de emergencia.

2 Objetivos

- Actuar con precaución para no provocar riesgos mayores.
- Conocer los planes de emergencia.
- Responder con rapidez y con conocimiento acortará el tiempo de actuación y la exposición al peligro, con lo que se evitarán daños mayores y posibles víctimas.
- Mantener la calma ante el peligro nos hará ser más eficaces en las acciones que debemos llevar a cabo.
- Ayudar y colaborar con los equipos de emergencia si así se nos solicita.
- Evacuar a los enfermos cuando sea necesario velando en todo momento por su bienestar físico y evitando ponerlos en peligro.
- Realizar los traslados con seguridad.

3 Metodología

Para la realización del artículo he revisado informaciones recogidas en manuales de actuación y evacuación de incendios, búsqueda en internet de publicaciones de diferentes hospitales sobre sus planes de emergencia y simulacros y temarios de actuación de celadores.

4 Resultados

En caso de producirse un suceso que dé lugar a una emergencia, como trabajadores del centro hospitalario debemos permanecer en nuestros puestos de trabajo dentro del área en el que estemos destinados.

Si la emergencia supone un riesgo para la salud y se decide proceder a la evacuación, se designará a una persona encargada de dirigir la evacuación, para que se produzca de forma ordenada. Sólo seguiremos las órdenes proporcionadas por dicha persona.

La evacuación podrá ser total o parcial, teniendo que trasladar a los enfermos del área afectada a otros áreas que no supongan peligro o al exterior de las instalaciones del centro hospitalario. Como es de suponer es una tarea muy complicada, ya que debemos tener en cuenta la situación de los enfermos que no se pueden mover por sí mismos y como celadores debemos participar activamente en el traslado.

Se evacuará en primer lugar a los enfermos y en último caso documentos y bienes materiales. Para la evacuación de los enfermos se siguen unos criterios establecidos y se tendrá en cuenta tanto su situación física como las distancias a recorrer.

- Se evacuará en primer caso a los pacientes que se encuentren cercanos al siniestro, y por tanto los que corren más peligro, empezando por los enfermos que tienen movilidad y pueden hacerlo por sí mismos, así como acompañantes si los hubiera.
- A continuación se evacuará a aquellos enfermos que tengan movilidad reducida, los encamados y los que se encuentren más alejados de las zonas de salida.
- Por último se procederá al traslado de los enfermos que no pueden moverse y se encuentren más cerca de las salidas.

Existen dos tipos de traslados:

- Traslado en vertical: se produce cuando el traslado conlleva movilizarse de una planta a otra o al exterior del centro. No es una medida eficaz, ya que debido a la situación de los enfermos se invierte mucho tiempo en realizarse y requiere mucho esfuerzo, lo que ralentiza la actuación en caso de emergencia. No se podrán utilizar camas ni sillas en el traslado vertical.
- Traslado horizontal: sería el procedimiento predeterminado a utilizar, y nos podemos ayudar de camas y sillas. El tipo de traslado a utilizar en caso de evacuación será responsabilidad del médico del área a trasladar y de los supervisores de planta.

Los métodos a utilizar para el traslado de pacientes en caso de emergencia pueden ser realizados por una o dos personas, realizándose por arrastre, valiéndonos de sillas (se gana en rapidez), o también podremos utilizar mantas, sábanas y colchones. Se puede arrastrar directamente a la persona, cogiéndola de pies o manos, por los hombros o cargándola a la espalda (no es tan aconsejable). Cuando utilicemos las camas para el traslado de enfermos lo haremos entre dos personas, y debemos tener en cuenta que ocupan mucho espacio en el traslado, dificultando la circulación para el desalojo. El traslado del enfermo por levantamiento entre dos personas es el método más rápido y eficaz.

5 Discusión-Conclusión

Suele pensarse que un hospital es prácticamente imposible de evacuar totalmente y probablemente lo sea, pero se puede necesitar evacuar alguna zona parcialmente a otras áreas que no entrañen peligro. Por ello es primordial saber que existen planes de emergencia diseñados con el propósito de poder prevenir dichos riesgos, y la importancia de la formación del personal.

Los celadores, al igual que el resto de trabajadores, pueden formar parte de equipo de segunda intervención (trabajadores con formación y entrenamiento) que se encargan de actuar ante una emergencia. En este caso, nos encargaremos de recoger los datos necesarios sobre el factor causante de la emergencia y utilizaremos los medios que tengamos a nuestra disposición como los extintores en caso de incendio. Los demás celadores del área seguirán las instrucciones del Jefe de Personal Subalterno, para organizarse en la evacuación, utilización de ascensores, cerrar ventanas, puertas, etc. y controlar los accesos.

Tranquilizar a las personas que tengamos que evacuar nos permitirá que se realice de manera ordenada, guiándolas de forma eficaz hacia las zonas seguras y no permitiendo el uso de los ascensores. Si alguna persona se negara a la evacuación y no quisiera seguir nuestras instrucciones, trataremos de convencerla, explicándole la situación de peligro y en caso de persistir en su empeño avisaremos al Jefe de Personal Subalterno.

En caso de incendio grave, y nos encontramos en la situación de que no podemos escapar, debemos ponernos a salvo en una habitación, tratando de aislarnos del fuego y cerrando puertas y ventanas, tapando las rejillas de ventilación con paños humedecidos y mojar las puertas con agua. La mayor causa de víctimas de incendio es por inhalación de humo, por lo que debemos protegernos boca y

nariz. Hacer señales a los equipos de emergencia en cuanto sea posible para que nos localicen.

Para minimizar los riesgos provocados por una emergencia es de vital importancia invertir en formación del personal.

6 Bibliografía

1. Temario celador Campus Salud.
2. celadoresonline.blogspot
3. chopspab.es
4. preveniresavanzar.blogspot.com
4. sspa.juntadeandalucia.es
5. eusdadi.es
6. revistamedica.com

Capítulo 47

EL CELADOR EN URGENCIAS HOSPITALARIAS

KATIA VEGA GARCÍA

1 Introducción

Los recursos humanos asignados a la sección de urgencias están constituidos por muchos profesionales del sector sanitario encontrando así al personal facultativo(médicos), personal no facultativo (enfermeros) y entre el personal no sanitario encontramos la figura del celador de puerta, siendo la primera persona en recibir al paciente que acude a esta área concreta del hospital.

Los dispositivos de urgencias sanitarias tienen como finalidad garantizar a los usuarios del sistema sanitario público una atención sanitaria durante las veinticuatro horas del día, para tratar los procesos que no admiten demora y que, por tanto, no sean susceptibles de someterse a los tiempos de espera de la asistencia ambulatoria o de internamiento.

Son los servicios de urgencias de los hospitales generales y de especialidades. Pertenecen al servicio especializado de cuidados críticos y medicina intensiva del hospital en el que se ubican. Prestan asistencia sanitaria especializada las veinticuatro horas del día y por ello el paciente que acude a urgencias hospitalarias será atendido por el médico especialista en la patología que presenta.

2 Objetivos

-Especificar la estructura general del servicio de urgencias, los recursos humanos, la estructura arquitectónica y los recursos materiales.

- Conocer y comprender el rol del celador dentro del equipo multidisciplinar de una unidad de urgencias a la par que analizar las funciones que debe realizar el celador en ese equipo y ser buen sabedor de los conocimientos específicos que debe tener para llevar a cabo esta labor.
- Aprender a realizar , sin perjudicarse, las distintas tareas de las que se encarga el celador, entre las que destacan la movilización y traslado de pacientes y el trato directo con los distintos tipos de usuarios del sistema sanitario.
- Definir el concepto de urgencia, diferenciando entre urgencia y emergencia, y clasificar así el tipo de urgencias teniendo en cuenta la prioridad y la especialidad.
- Examinar el trato del celador con el paciente y la familia, enumerar los elementos, las barreras y las habilidades de la comunicación apostando por que esa comunicación sea eficaz, clara y efectiva.
- Reconocer la importancia de la asepsia y la antisepsia, identificar la vestimenta y las barreras de protección y conocer, sobre todo, el procedimiento adecuado de lavado de manos.

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

Todo hospital debe garantizar la asistencia en todo momento a cualquier tipo de urgencia médica, tanto interna como externa, bien de forma completa o bien parcial, para, una vez asistida, poder remitirla a otro centro de nivel superior. Según los servicios que sea capaz de ofertar el servicio de urgencias de un hospital, se pueden distinguir diferentes hospitales conocidos como Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 3, siendo éste último el que atiende urgencias de todas las especialidades médicas. Incluido en el plan general del hospital encontramos el plan de urgencias que se integrará e incorporará las propuestas del servicio de medicina intensiva y de urgencias, al que se adscribe el área de urgencias y de las demás unidades médicas y de enfermería. Debemos, por lo tanto, conocer principalmente la diferencia entre urgencia médica y emergencia médica.

Una urgencia médica es toda situación que lleva al paciente, testigo o familiares, a solicitar asistencia médica inmediata en el que no encontramos riesgo vital; por otra parte una emergencia médica es un tipo agravado de urgencia en la que existe un peligro inmediato, real o potencial, para la vida del paciente o riesgo de secuelas graves permanentes si no recibe una atención sanitaria cualificada y sin demora, en la emergencia, al contrario que en la urgencia, sí puede haber riesgo vital.

La recepción del paciente es realizada, como ya dijimos anteriormente, por el celador que, además de la identificación del medio necesario para el traslado del paciente (sillas de ruedas, camilla o ninguno) debe ocuparse de la información preliminar del enfermo y sus acompañantes así como de ofrecer siempre un trato personalizado garantizando así el bienestar de la persona a la que estamos ayudando. La función del celador de puerta en el área asistencial de urgencias implica el desarrollo de distintos tipos de funciones entre ellas la recepción del paciente, control de personas y funciones de apoyo externo.

El celador deberá recibir y ayudar a los pacientes que lleguen a urgencias en vehículos particulares y ambulancias al igual que recibir y ayudar a los pacientes que lleguen ambulantes, encargarse, si es necesario, de su transporte en sillas, camillas, etc., y avisar al personal sanitario de la llegada de un paciente cuando sea preciso.

Deberá también de tener un control de las personas que entran en el área de urgencias vigilando así las entradas no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas para ello. Vigilar el comportamiento de los pacientes y acompañantes para que se respeten las normas e instrucciones de carácter general: no fumar, guardar silencio, etc. Tendrá que ayudar al personal sanitario en cuantas tareas se les encomienden y por último, facilitar información general, nunca información sanitaria ni administrativa.

Como funciones de apoyo externo se consideran las siguientes: traslado de documentos, correspondencia, historias clínicas, etc., tramitar y conducir sin tardanza las comunicaciones verbales que se les encomienden, trasladar a los pacientes a las distintas unidades y recoger las analíticas de los laboratorios.

Está probado que un buen conocimiento de las funciones del celador, sobre todo las específicas de esta área, contribuye a prevenir el malestar en el paciente. Es importante también acentuar que en este tipo de casos el celador debe saber acatar bien las decisiones de los superiores jerárquicos en cuanto a cambios posturales

se refiere o a la movilización o deambulación del enfermo siendo ellos los mayores concedores del estado de la persona. Cabe destacar que ha de hacerse previamente un control al comienzo del turno de trabajo del celador de los medios de transporte asegurándonos así que estén en buenas condiciones para su uso evitando posibles lesiones en el desplazamiento del paciente.

El mejor de los resultados es un nivel asistencial óptimo, incluyendo una infraestructura ágil para ubicar al enfermo en el lugar idóneo del hospital, de tal manera que en el servicio de urgencias sólo permanezcan aquellos enfermos que por razones terapéuticas o diagnósticas deban hacerlo. La organización del servicio ha de ser tal que todo enfermo que llegue a cualquiera de los niveles de urgencia reciba una asistencia inmediata.

Ese nivel inmejorable de asistencia también se conseguirá con un buen trabajo del equipo multidisciplinar que deben realizar sus funciones personales dentro de su categoría; en la entrada, la distribución y triage deberán estar a cargo del personal sanitario (médico o enfermero). El personal administrativo tomará datos del enfermo y entregará el correspondiente volante o informe para constar en el registro la entrada del paciente en el centro sanitario. El informe médico ha de ser primordial, protege al médico y al hospital, ningún enfermo abandonará el servicio de urgencias desprovisto de este documento.

5 Discusión-Conclusión

Es importante comprender el papel del celador para poder desarrollar bien su trabajo teniendo en cuenta que el área de urgencias de un hospital no es un emplazamiento que sea de buen gusto para todas las personas que acuden a él y sobre todo empatizar no sólo con el paciente sino también con los familiares que acompañan a éste dándoles siempre un buen trato facilitándoles así comodidad.

El trabajador que presta sus servicios en la unidad de urgencias debe ser una persona capaz de trabajar en equipo, ordenada, precisa en sus movimientos, equilibrada y capaz de infundir tranquilidad y confianza en el enfermo y todo esto reuniendo una serie de buenas calidades intelectuales, físicas, psíquicas y personales.

Deberá correr siempre a cuenta de la administración pública una renovada formación para el personal que se encuentra en el área de urgencias, protocolos de estudio y tratamientos de enfermos asistidos, cursos de formación y perfec-

cionamiento para los profesionales de la sanidad, perfeccionamiento en la planificación de situaciones especiales (catástrofes) puesto que se encuentran en una ubicación fundamental del hospital.

6 Bibliografía

1. www.celadoresonline.blogspot.com/actuación-del-celador-en-el-servicio-de-urgencias.
2. www.auxiliar-enfermería.com/funcionescelador
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
5. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 48

CÓMO ACTUAR EN UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA

OVIDIO CERRILLO MIRANDA

NATALIA GONZALEZ FUEYO

MAR CASTRO FUEYO

1 Introducción

En este capítulo vamos a hablar de cómo actuar en situaciones de emergencia que puedan salvar la vida a cualquier persona, en caso de infarto parada cardiorrespiratoria y atragantamiento por cuerpo extraño.

2 Objetivos

Favorecer que cualquier persona de la calle, personal no sanitario en un centro de Atención Primaria o cualquier otra puedan actuar sobre infarto, parada cardiorrespiratoria y atragantamiento por cuerpo extraño, ya sea en la calle o en un centro de atención primaria, hasta que llegue el personal sanitario o de emergencias.

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

Con las técnicas que indicamos en este capítulo se pretende que tanto una persona de la calle como el ejemplo que poníamos de un auxiliar administrativo que en ese momento se encuentra solo, puedan realizar las maniobras oportunas indicadas en metodología para ayudar a salvar la vida a los servicios de emergencia.

Como mencionamos tanto en la introducción como en los objetivos hablamos dos situaciones de emergencia: infarto, parada cardiorrespiratoria y atragantamiento por cuerpo extraño.

Vamos a detallar a continuación el procedimiento en cada caso que tiene que realizar tanto cualquier persona en la calle o personal no sanitario en este caso el auxiliar administrativo que esta de tardes en un centro de atención primaria y ante la ausencia del equipo médico de atención primaria por una emergencia esta persona esta sola y tiene que saber reaccionar ante este tipo de emergencias.

En el caso de un paciente que sufra un infarto o parada cardiorrespiratoria, lo primero que debemos hacer es llamar al 112 emergencias sanitarias para pedir ayuda, seguir las instrucciones que nos puedan indicar el personal de emergencias hasta que llegue la asistencia sanitaria. Mientras llega la asistencia sanitaria es vital realizar RCP o reanimación cardiopulmonar. Pasos:

- Hay que comprobar si la víctima está consciente o inconsciente.
- Zarandéelo por los hombros y preguntarle en voz alta “¿se encuentra bien?”
- Si responde dejarlo en la posición en la que se encuentre, intentar averiguar lo que le ocurre y buscar ayuda.
- 1. Si no responde:
 - Voltee a la víctima sobre su espalda y abra su vía aérea.
 - Con la punta de los dedos eleve el mentón para abrir la vía aérea.
 - Manteniendo la vía aérea abierta vea, oiga y sienta si existe respiración normal.
 - En los primeros instantes después del infarto o parada cardiaca, la víctima puede tener una respiración precaria o estar haciendo boqueadas ruidosas. Esto no debe llevar a confusión con la respiración normal.
- 2. Si la víctima respira normalmente:

-Envié o vaya a buscar ayuda o llame pidiendo una ambulancia.

-Comprobar que siga respirando.

3. Si no respira:

Enviar a alguien por ayuda, o si se encuentra solo, deje a la víctima y avise a emergencias 112 para pedir ayuda., regrese y comience las compresiones torácicas del siguiente modo:

-Arrodílese al lado de la víctima.

-Coloque el talón de una mano en el centro del pecho de la víctima.

-Coloque el talón de su otra mano sobre la primera.

-Entrelace los dedos y asegúrese de que no aplica la presión sobre las costillas de la víctima. No aplique ninguna presión sobre la parte superior del abdomen o sobre la parte final del hueso del esternón. Colóquese vertical sobre el pecho de la víctima y, con sus brazos rectos, comprima el esternón 4-5 centímetros. Después de cada compresión, y desde la presión del tórax sin perder contacto entre sus manos y el esternón, repítalo a un ritmo de aproximadamente 100 por minuto (algo menos de dos compresiones por segundo). El tiempo empleado en la compresión y descompresión debe ser igual. Combine las compresiones torácicas con ventilaciones de rescate. Después de 30 compresiones abra la vía aérea otra vez. Pince la parte blanda de la nariz, utilizando los dedos índice y pulgar de la mano que tiene colocada en la frente. Permita que la boca este abierta, pero manteniendo la elevación del mentón. Tome inspiración normal y coloque sus labios alrededor de la boca de la víctima, asegurándose de que el sello es correcto. Insufle aire en la boca del paciente mientras observa que el pecho se eleva, con una duración aproximada de un segundo, como en una respiración normal. Mantenga la extensión de la cabeza, retire su boca de la víctima y observe el pecho descender al salir el aire. Tome otra inspiración e insufle en la boca de la víctima una vez más, para alcanzar un total de dos respiraciones. Entonces coloque correctamente sus manos sobre el esternón y de otras 30 compresiones torácicas. Continúe con las compresiones torácicas y ventilaciones de rescate en una relación 30:2. Deténgase para reevaluar a la víctima solo si comienza a respirar normalmente; en otro caso no interrumpa la resucitación. Si su ventilación inicial de rescate no hace que el pecho se eleve entonces comprobar la boca de la víctima y retirar cualquier obstrucción. Si hay más de un reanimador presente, el otro debe sustituirle cada 1-2 minutos para prevenir la fatiga. En el caso de RCP sin ventilaciones de rescate, solo compresiones torácicas debe hacerlo con una frecuencia continua de 100 por minuto.

4. Continúe la resucitación hasta que:

-Llegue ayuda de los equipos de emergencia sanitaria.

-La víctima comience a respirar normalmente.

Como indicamos al principio del capítulo también puede darse otra emergencia. En este caso el atragantamiento por un cuerpo extraño. A continuación vamos a detallar los pasos a seguir.

1. Si la víctima tiene signos leves de obstrucción de la vía aérea:

-Indicar a la víctima a seguir tosiendo y no hacer nada más.

-Si la víctima muestra signos graves de obstrucción de la vía aérea y esta consciente:

-Dar cinco palmadas en la espalda de la siguiente manera:

A. Colocarse al lado y ligeramente por detrás de la víctima.

B. Sujételo el pecho con una mano y recline a la víctima hacia delante, de modo que cuando él cuerpo extraño se mueva salga fuera de la boca en lugar de bajar aún más por la vía aérea.

C. Darle hasta cinco palmadas fuertes entre los omoplatos con el talón de la otra mano.

D. Tendremos que comprobar si cada palmada en la espalda se ha sido capaz de aliviar la obstrucción.

E. Si las cinco palmadas en la espalda fallan el aliviar la obstrucción, entonces se aplicaran hasta cinco compresiones abdominales de la siguiente manera:

Sitúese detrás de la víctima y ponga los brazos alrededor de la parte superior de su abdomen.

Incline hacia delante la víctima.

Cierre el puño y colóquelo entre el ombligo y la punta del esternón del paciente. Coja esta mano cerrada con la otra y empuje enérgicamente hacia adentro y hacia arriba.

Repita hasta cinco veces.

Si la obstrucción persiste, alterne cinco palmadas en la espalda seguidas de cinco compresiones abdominales.

2. Si la víctima queda inconsciente:

-Ponga a la víctima con cuidado hasta el suelo.

-Llame 112 emergencias sanitarias.

-Comience RCP.

5 Discusión-Conclusión

Con este capítulo pretendemos que una persona de la calle que no sea sanitario o que trabaje en un centro de Atención Primaria que no sea personal sanitario

ej.: auxiliar administrativo. Que en ese momento este solo por que el equipo de Atención Primaria (médico y enfermero/a) este fuera por una emergencia, pueda saber actuar en estas situaciones, hasta que llegue el equipo de emergencias.

6 Bibliografía

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

Capítulo 49

TELEOPERADOR DE UN SERVICIO DE EMERGENCIA

MAR CASTRO FUEYO

OVIDIO CERRILLO MIRANDA

NATALIA GONZALEZ FUEYO

1 Introducción

Los teleoperadores de un servicio de emergencia atiende las llamadas realizadas al número de teléfono de emergencias. Trabajan para los servicios médicos, de ambulancias, bomberos, policía, etc., de un servicio de emergencias. Hacen preguntas para averiguar lo que ha sucedido y, a veces, pueden enviar los vehículos de emergencia a la escena si fuera necesario.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es mostrar la importancia y las funciones de los teleoperadores en los servicios de emergencias.

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

Las funciones del teleoperador en el servicio de emergencias son:

- Contestar las llamadas del servicio de emergencia sanitaria.
- Permanecer sentados en una centralita, usan un teléfono con auriculares y varias pantallas de ordenador.
- Pider a la persona que llama (alertante), todos los detalles necesarios para poder actuar, tales como nombre, desde donde llama exactamente, lo que ha sucedido, si alguien está herido o en peligro, e introducen los detalles en un sistema informático.

Las personas que llaman a menudo están en estado de pánico o shock. Los teleoperadores deben de tratar de tranquilizar a los alertantes y después intentar obtener todos los detalles necesarios para decidir la gravedad de la situación. También se tiene que tratar con personas que llaman al teléfono de emergencia por equivocación, porque piensan que la situación es urgente cuando no lo es tanto o porque quieren gastar una broma. Existen procedimientos para hacer frente a estas llamadas, los teleoperadores pueden utilizar las conversiones grabadas y realizar rastreo para localizar al infractor a través de su número de teléfono. Los teleoperadores del un servicio de emergencia, suelen tener distintos turnos de trabajo que incluyen noches, fines de semana y festivos.

Para dar un buen servicio es imprescindible:

- Mostrar gran capacidad de comunicación incluyendo lenguaje claro y atención profesional.
- Comprender, respetar y tratar de forma justa a personas de todo tipo de edades, tipos y procedencias.
- Mantener la calma y tranquilizar al alertante.
- Tener una actitud cortés, amable , eficiencia y servicial
- Priorizar tareas.
- Resolver problemas.
- Mantener registros escritos claros, etc.

5 Discusión-Conclusión

Es imprescindible para un teleoperador ser capaz de mantener la calma para poder dar la solución correcta, dentro de los recursos a los que se puede acceder, a las personas que llaman a un Servicio de Emergencia.

6 Bibliografía

1. Educawed.
2. Fundacionadecco.org
3. Ocupa2.
4. Euroinova.
5. Edu.es

Capítulo 50

EL ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA DEL CARMEN RIOPEDRE PÉREZ

LAURA SAIZ GONZALEZ

1 Introducción

Primeramente debemos entender la definición por acoso laboral, que la jurisprudencia ha considerado como “la conducta abusiva realizada de forma reiterada a un trabajador lesionando su dignidad o integridad psíquica realizada por sus jefes o por otros compañeros”:

- Son hechos objetivos que se puede afirmar que existe acoso laboral.
- Los actos de agresión física, independientemente de sus consecuencias (esto además puede llegar a constituirse en un delito de lesiones personales).
- Las expresiones injuriosas o ultrajantes sobre la persona, con utilización de palabras soeces o con alusión a la raza, el género, el origen familiar o nacional, la preferencia política o el estatus social.
- Los comentarios hostiles y humillantes de descalificación profesional expresados en presencia de los compañeros de trabajo; o incluso en privado.
- Las injustificadas amenazas de despido expresadas en presencia de los compañeros de trabajo.
- Las múltiples denuncias disciplinarias de cualquiera de los sujetos activos del acoso, cuya temeridad quede demostrada por el resultado de los respectivos procesos disciplinarios.
- La descalificación humillante y en presencia de los compañeros de trabajo de las propuestas u opiniones de trabajo (una calificación humillante atenta contra la

dignidad de la persona, inclusive si se hace en privado, en este evento, hay lugar a que la víctima pruebe la conducta).

-Las burlas sobre la apariencia física o la forma de vestir, formuladas en público; (esta conducta en privado es igual de reprochable, se convierte en un acoso laboral, solo que la víctima deberá probarlo).

2 Objetivos

- Conocer la prevalencia de las formas más frecuentes de acoso laboral.
- Conocer la definición de qué es el acoso laboral.

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

Toda actuación relativa al acoso laboral debe plantearse desde una óptica de detección y actuación en la fase más precoz posible, a fin de evitar la cristalización de los conflictos y, sobre todo, de minimizar las consecuencias de los mismos para los trabajadores afectados. Respecto a los principios y garantías que debe cumplir el procedimiento deben señalarse las siguientes:

- Respeto y protección a las personas: es necesario proceder con la discreción, necesaria para proteger la intimidad y la dignidad de las personas afectadas. Las actuaciones o diligencias deben realizarse con la mayor prudencia y con el debido respeto a todas las personas implicadas, que en ningún caso podrán recibir un trato desfavorable por este motivo. Los implicados podrán ser asistidos por algún delegado de prevención o asesor en todo momento a lo largo del procedimiento, si así lo requieren.
- Confidencialidad: las personas que intervengan en el procedimiento tienen obligación de guardar una estricta confidencialidad y reserva y no deben transmitir

ni divulgar información sobre el contenido de las comunicaciones presentadas o en proceso de investigación.

-Diligencia: la investigación y la resolución sobre la conducta denunciada deben ser realizadas sin demoras indebidas, de forma que el procedimiento pueda ser completado en el menor tiempo posible respetando las garantías debidas.

-Contradicción: el procedimiento debe garantizar una audiencia imparcial y un tratamiento justo para todas las personas afectadas. Todos los intervinientes han de buscar de buena fe la verdad y el esclarecimiento de los hechos denunciados.

-Restitución de las víctimas: si el acoso realizado se hubiera concretado en un menoscabo de las condiciones laborales de la víctima, se deberá restituir a ésta en las condiciones más próximas posible a su situación laboral de origen, con acuerdo de la víctima y dentro de las posibilidades organizativas.

-Protección de la salud de las víctimas: la Empresa deberá adoptar las medidas que estime pertinentes para garantizar el derecho a la protección de la salud de los trabajadores afectados.

-Prohibición de represalias: deben prohibirse expresamente las represalias contra las personas que efectúen la comunicación de los hechos, comparezcan como testigos o ayuden o participen en una investigación sobre acoso.

5 Discusión-Conclusión

Existe una gran necesidad de hacer todo lo posible para que los casos de acoso vayan disminuyendo ya que un buen ambiente laboral es de suma importancia y más en el ámbito sanitario pues la atención requerida por los pacientes debe de ser lo más relajada posible y en situaciones de acoso la persona se encuentra en tensión constante.

Las características propias del entorno sanitario, donde los profesionales conviven más intensamente que en otras profesiones debido a la necesidad del trabajo en equipo, la competitividad y la búsqueda de méritos, hacen que el mobbing o acoso laboral se haya instaurado insidiosamente cobrando cada día más víctimas (Quesada A, 2017) transgrediendo los derechos fundamentales establecidos en nuestra Carta Magna.

6 Bibliografía

1. Piñuel, I. (2002). La incidencia del mobbing o acoso psicológico en el trabajo en España. Informe Cisneros II sobre violencia en el entorno laboral.

2. Santana Vega, D.M (2013) "El nuevo delito de acoso laboral".
3. Quesada, A. Mobbing: ¿lo sufre también el sector sanitario?

Capítulo 51

PREVENCIÓN DE RIESGOS ATENCIÓN AL PACIENTE

MARÍA DEL CARMEN RIOPEDRE PÉREZ

LAURA SAIZ GONZALEZ

1 Introducción

Las tareas y actividades que implican el trato directo con los pacientes son muy variadas y conlleva condiciones de trabajo muy dispares. También los medios de trabajo pueden ser muy diversos, desde los informáticos y telefónicos, a las visitas domiciliarias o la atención personal en oficinas, consultas externas, urgencias, etc. En ocasiones, la relación y el trato directo con el público, puede ocasionar fatiga debida a:

- La tensión generada por desbordamientos de diverso tipo como prisas, plazos estrictos, implicación emocional con pacientes, trabajo aislado, trabajo de noche, etc.
- También, por falta de claridad de las peticiones realizadas, de los objetivos, de las prioridades del trabajo, de la autonomía en la toma de decisiones, etc. Ello puede producir incertidumbre sobre los resultados o las consecuencias de las decisiones tomadas, especialmente, respecto al nivel de satisfacción de los clientes o el cumplimiento de los objetivos.
- Se pueden producir, igualmente, sobrecargas o saturaciones mentales, como el producido por el mantenimiento simultáneo de la atención y la comunicación, con varios sistemas a la vez como los informáticos-teléfono-personas. Si una persona está sometida a tensiones en su trabajo suele responder a éstas, realizando

un esfuerzo. Si ésta situación se prolonga demasiado puede incidir en el trabajador. Estas, de forma elemental, son las fases del estrés.

2 Objetivos

- Conocer las consecuencias del trabajo de atención al paciente sobre la salud y el bienestar.
- Analizar medidas preventivas y mejoras en las condiciones de trabajo.

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

Consecuencias del trabajo de atención al paciente sobre la salud y el bienestar de los trabajadores:

- Trastornos gastrointestinales, cardiovasculares y nerviosos.
- Pérdida de apetito.
- Alteraciones del sueño.
- Irritabilidad y depresión. Consecuencias sobre la actividad laboral:
 1. Aumento del número de errores y de accidentes de trabajo.
 2. Disminución del rendimiento y capacidad de control.
 3. Absentismo. Consecuencias sobre la vida social:
 - A. Disminución de relaciones sociales y familiares.
 - B. Dificultad para disfrutar del ocio.
 - C. Medidas preventivas específicas.
- Mantener al día y disponibles las ayudas y procedimientos de trabajo (documentación, claves, accesos, códigos, etc.).
- Mantener localizables las alternativas de consulta y asistencias para los casos de fallo del sistema principal.

- Conocer las ayudas de la organización y de consulta para cada demanda o situación especial que se salga de su ámbito de decisión.
- Solicitar las aclaraciones sobre las pautas de comportamiento a seguir en las diferentes situaciones potencialmente conflictivas y recabar información sobre los resultados a los que no se tengan acceso.
- Crear un grado de autonomía adecuado en el ritmo y la organización básica del trabajo. Hacer pausas para los cambios posturales, la reducción de la fatiga física y mental y la tensión o saturación psicológica.

5 Discusión-Conclusión

Para que la prevención de riesgos laborales sea útil es imprescindible que se mantenga informados a los trabajadores de los riesgos que corren y como deben actuar ante éstos actualizando siempre esa información e impartirles cursos, mejora de los protocolos de seguridad y del material empleado, además de unas buenas instalaciones en los lugares de trabajo como por ejemplo las instalaciones eléctricas, una buena señalización, que haya los suficientes contenedores de materiales punzantes y material de esterilización, entre otros. No es suficiente solo esto para una buena práctica de PLR.

6 Bibliografía

1. Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente de UGT-Madrid. Manual Informativo de Prevención de Riesgos Laborales: riesgo en centros hospitalarios.
2. Guía básica de riesgos laborales específicos en el sector sanitario. edita: secretaria de salud laboral CC.OO. Castilla y León.
3. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales. BOE núm. 269. Real Decreto 1942/1993, de 5 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de instalaciones de protección contra incendios. BOE núm. 298.

Capítulo 52

LA NOCHE Y SUS RIESGOS LABORALES EN PERSONAL ADMINISTRATIVO

MAR CASTRO FUEYO

NATALIA GONZALEZ FUEYO

OVIDIO CERRILLO MIRANDA

1 Introducción

Los Servicios Sanitarios de atención urgente, en cualquiera de sus disciplinas, exige una disponibilidad permanente. De ahí que su personal trabaje también en horarios nocturnos. La literatura científica se ha ocupado ampliamente de este tema. Múltiples estudios relacionan el trabajo nocturno con enfermedades específicas como trastornos del sueño, diabetes, incluso mayor procesos intermusculares.

2 Objetivos

Mostrar unas pautas para prevenir los riesgos laborales relacionados con el trabajo nocturno y así proteger a los trabajadores.

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

Si la empresa aplica unas políticas adecuadas permitirá al trabajador disfrutar más de dos noches de sueño completo. A su vez, la empresa está obligada a velar por unas condiciones de iluminación y temperaturas óptimas, así como por un sistema de vigilancia médica que pueda cubrir las necesidades del trabajador. Algunas medidas preventivas para los trabajadores:

- Comer diariamente dos raciones del grupo de las carnes, dos raciones del grupo de los lácteos y cuatro del grupo de las hortalizas, verduras y frutas. Todo ello repartido a lo largo del día.
- Si la empresa tiene restaurante es aconsejable que la alimentación sea controlada por un especialista en nutrición.
- Efectuar reconocimiento médico previo encaminado a detectar antecedentes de trastornos digestivos.
- Aligerar el tipo de comida disminuyendo la ingesta diaria de lípidos y aumentar la de queso y fruta fresca.
- Tener en cuenta que la inadaptación se detecta en los primeros meses, por lo que deberá hacerse un seguimiento de estos empleados durante el primer año.
- Evitar la exposición a los turnos a menores de 25 años y a los mayores de 50.
- Hacer pausas cortas con frecuencia, hacer turnos no significa no cuidarse.

5 Discusión-Conclusión

Será necesario que la empresa tenga en cuenta sintomatología del trabajador, carga de trabajo, así como la turnicidad o nocturnidad aplicando políticas adecuadas para proteger los riesgos al realizar trabajo nocturno. Cuidar al empleado es imprescindible para el mejor funcionamiento de cualquier servicio.

6 Bibliografía

1. Ruggiero y Redeker 2014.
2. Boletín Oficial del Estado.

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

Capítulo 53

EL CELADOR EN EL ÁREA DE URGENCIAS: PACIENTE POLITRAUMATIZADO

LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ

MELODIA ESCALANTE TEMPRANO

CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA

1 Introducción

En una situación de urgencia ante un paciente politraumatizado debemos saber que dicho paciente presenta más de una lesión traumática, alguna de las cuales comporta, aunque sea potencialmente, riesgo vital. Podemos distinguir el politraumatizado que solo tiene lesiones en el aparato locomotor, por lo que nos referiremos a un paciente polifracturado. Cuando las lesiones están solo presentes en las vísceras del paciente, estaremos ante un politraumatizado visceral. En los casos en los que el paciente presente estas lesiones combinadas nos referiremos a un paciente politraumatizado mixto, este es el caso que ocurre con mayor frecuencia.

Con el conocimiento de la epidemiología se sabe que la enfermedad traumática representa en occidente la principal causa de muerte con mayor incidencia en edades comprendidas entre los 18 y 44 años. En un gran porcentaje de estos traumas la muerte sucede en la primera hora después de los hechos, la llamada hora de oro, de ahí la importancia de una rápida actuación sanitaria.

2 Objetivos

- Mostrar cómo realizar una correcta movilización e inmovilización del paciente sin causarle agravamientos en sus lesiones.
- Saber como actuar y que hacer durante el traslado les 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: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Nos centraremos en las funciones del celador ante la movilización e inmovilización del paciente politraumatizado.

Actitudes y cualidades:

- Ante todo cuando nos encontremos ante un paciente politraumático no debemos ignorar la posible gravedad de las lesiones.
- No se debe mover al paciente, a no ser que sea absolutamente necesario y siempre con ayuda del personal cualificado.
- Si el paciente se encuentra consciente, se le debe de avisar de las acciones que se van a seguir, para que intente colaborar y no se asuste.
- No retirar férulas o vendajes a menos que reciba instrucciones para ello. La retirada de estas puede provocar lesiones vasculares o nerviosas por el desplazamiento de fragmentos óseos.
- Los pacientes politraumatizados llegaran al área de urgencias, en medida de lo posible, con el tablero espinal. Esto favorecerá la movilización de la víctima para su exploración, movilización a la cama del hospital o bien su transferencia directa al Servicio de Radiología.
- Para la movilización de dichos pacientes es fundamental movilizarlo en bloque, respetando el eje cabeza-cuello-tóra, tanto en urgencias como en planta. Nadie realizará movimientos sin esperar las órdenes del líder que normalmente será el sanitario con mayor experiencia y se encargará de la inmovilización de la

cabeza. Este dará ordenes claras (1,2,3) y se asegurará de que todo el equipo esté preparado antes de dar la orden. Para movilizar a este tipo de pacientes, serán necesarios, al menos, la colaboración de cuatro personas. La maniobra de movilización sería la siguiente:

1. Una persona siempre se encargará de la cabeza y bajo ningún concepto dejará este puesto.
2. La segunda persona se encargará de manejar tronco del paciente situando sus brazos en los hombros-escápula del paciente y en cintura o pelvis del mismo.
3. La tercera persona se encargará de movilizar al enfermo de las piernas, situando sus manos en muslos y piernas del paciente.
4. La cuarta persona será la encargada de coger los correspondientes utensilios de inmovilización.

Cuando la movilización del paciente politraumatizado sea para cambiar al paciente de otra cama a camilla o camilla a cama siempre utilizaremos la camilla de palas o cuchara, solamente en su defecto utilizaremos la fuerza humana, pero siempre realizando la maniobra de cuchara.

La maniobra de traslado de cuchara sin camilla sería la siguiente:

1. Adoptaremos la misma posición que se ha descrito anteriormente, pero aquí se produce un gran cambio y es que nuestro tórax se convertirá en una camilla provisional para el paciente.
2. Una vez puesto en posición introduciremos nuestros brazos por espalda y piernas del paciente, siempre procurando utilizar los denominados agujeros anatómicos, que son parte posterior de cuello, cintura pélvica o coxis y fleje de las piernas.
3. Cuando introduzcamos nuestros brazos en sus respectivas posiciones levantaremos al paciente en peso como si nosotros fuésemos un monta cargas manteniendo siempre nuestro tórax y cuerpo del paciente en ángulo recto 90°
4. Una vez adoptemos esta posición giraremos al paciente hasta nuestro tórax procurando que nuestros brazos sellen al paciente con nosotros, así lo podremos llevar hasta el lugar deseado siguiendo siempre las indicaciones del que está en cabeza; para situar al paciente en el lugar deseado o indicado haremos la misma maniobra pero al contrario, sin dejar caer al paciente de golpe, siempre de forma escalonada y todos por igual.
5. Nunca se debe pasar material por encima del paciente para evitar accidentes.

5 Discusión-Conclusión

A la vista de los resultados aportados por los diferentes estudios incluidos en esta revisión, los objetivos planteados han sido resueltos bastante unánimes en cuanto a la necesidad de uso de una herramienta, frente a un paciente politraumatizado. En alguno de los documentos analizados se mencionan herramientas de valoración, de forma complementaria, en estos casos se priorizan las funciones vitales. La aplicación de escalas de valoración ha resultado efectiva para la evaluación y clasificación del tipo de lesión en el paciente politraumatizado.

Se propone el manejo inicial de todo paciente politraumatizado como paciente con lesión medular hasta que no sea posible descartarlo. En relación a la descripción de las distintas técnicas de inmovilización en el manejo del paciente politraumatizado con lesión medular, en el ámbito de la atención prehospitalaria y de las urgencias, se estima que el 25% de los pacientes sufren lesiones por ser sometidos a una incorrecta inmovilización.

A partir del análisis de estos artículos hemos concluido que:

- El collarín cervical es considerado la herramienta de primera elección para la inmovilización del cuello; no restringe la movilidad, pero sí la reduce. Se recomienda la inmovilización cervical con CC o chaleco halo y tablero espinal durante la extracción y transferencia del paciente en casos de fractura inestable.
- Cumplen criterios de inmovilización: sujetos con evidente lesión medular, traumatismos severos, pacientes inconscientes o con alteración neurológica
- No se debe aplicar inmovilización ante un traumatismo penetrante, por la escasa probabilidad de que la lesión sea inestable.
- En aquellos casos en los que la inmovilización cervical está contraindicada (como en la presencia de lesión penetrante) o no indicada (como en ausencia de alteración del estado neurológico, ausencia de signos indicativos de lesión medular, el paciente pueda girar, flexionar y extender el cuello 30° en el plano sin dolor) los riesgos que suponen la aplicación de la misma, son mayores que los beneficios que aporta. Por lo que no debe realizarse una inmovilización indiscriminada sin tener en cuenta factores como tipo de traumatismos y manifestaciones clínicas, pues también se han identificado riesgos asociados a esta técnica. Una mala técnica de inmovilización aumenta la morbimortalidad.
- La variable tiempo es fundamental para evitar complicaciones a largo plazo, esta se puede reducir utilizando un medio de transporte adecuado, como el helicóptero, cuya elección depende de los profesionales.
- Se considera fundamental la evaluación constante del paciente de forma pre-

ventiva y la retirada del tablero espinal lo antes posible, otros autores incluyen, además, cambios en los puntos de apoyo cada 2 horas.

-Entre las complicaciones potenciales, se destaca el deterioro neurológico asociado a una mala inmovilización o a la no inmovilización en caso de pacientes en los que no existía sospecha de lesión. Entre los pacientes con traumatismo penetrante, el deterioro neurológico fue mayor en aquellos pacientes inmovilizados que en los no inmovilizados.

-Quedaría desaconsejado por incremento del riesgo de complicaciones asociados a los mismos: la tracción excesiva del cuello durante el proceso de alineación de la columna cervical, la inmovilización cervical en pacientes con lesión penetrante a nivel cervical y la técnica log-roll.

-Algunos autores se centran en la reevaluación permanente del paciente con el objetivo de detectar de forma precoz la aparición de complicaciones potenciales como las úlceras por presión.

A lo largo de este trabajo se ha observado que la mayoría de las complicaciones potenciales se pueden evitar o reducir con la realización de una valoración inicial completa que facilite la toma de decisiones correctas en cuanto a la inmovilización y con una reevaluación continuada del estado del paciente como medidas de prevención.

6 Bibliografía

1. Servicio de Salud del Principado de Asturias, Técnico Especialista en Radiodiagnóstico, temario parte específica volumen 1. Editorial MAD.
2. Técnico en cuidados auxiliares de Enfermería, Primeros auxilios. ISBN OBRA COMPLETA 978-84-16172-33-7, DLG: C1282-2014, Impresión: Tórculo Comunicación Gráfica S.L Edición 20017.
3. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Internet. 2003. Acceso noviembre 2009. Disponible en: Servicio Andaluz de Salud-Publicaciones.
4. Diccionario Mosby de enfermería y ciencias de la salud. Ed. Hartcourt. 5ª edición.

Capítulo 54

EL CELADOR EN EL TRANSPORTE INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE

LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ

MELODIA ESCALANTE TEMPRANO

CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA

1 Introducción

El traslado consiste en desplazar al paciente de un lugar a otro, puede ser dentro de la propia unidad o a diferentes plantas del hospital. Todos los días se deben mover a numerosos pacientes que están ingresados, ingresan o se deben mover dentro del recinto hospitalario para pruebas diagnósticas. Muchos enfermos son capaces de caminar solos, pero otros no, y es necesario ayudarles en estas actividades. En toda movilización es necesario saber el estado del paciente, pues esta actividad no está exenta de riesgos si se realiza de forma inadecuada. El traslado se realizara en silla de ruedas, en camilla o incluso en la propia cama. Cuando se va a realizar el traslado de un paciente a otra unidad, debemos tener en cuenta:

- Comprobar que es el paciente correcto.
- Conocer si la movilización del mismo está contraindicada.
- Lavarse las manos para evitar contagios.
- Explicar al enfermo lo que se le va hacer, tratando que participe o colabore en la medida de lo posible, explicándole cómo puede ayudar.
- Tener sumo cuidado con la seguridad del paciente.
- Proteger todo sistema de tubos o sondas que tenga incorporado el enfermo antes de proceder a su movilización.

- Mover al enfermo de forma suave y continua, sin tirones ni brusquedades
- Adoptar la posición adecuada que evite lesiones tanto para el paciente como para el celador.
- Si van a participar varias personas, estarán previamente de acuerdo en los pasos a seguir. Uno de los participantes deberá dirigir la maniobra.
- El celador conocerá si el enfermo es capaz de colaborar en la maniobra.
- Se observará el aspecto general del paciente antes de emprender ninguna maniobra.

2 Objetivos

- Conocer las pautas a seguir ante una orden de traslado de un paciente.
- Saber cómo actuar cuando debemos mover al paciente a los distintos dispositivos para efectuar el traslado.
- Poder enfrentar los obstáculos durante el traslado con la mayor seguridad para el 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, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se realizó un estudio descriptivo de los anteriores artículos sobre el traslado intrahospitalario del paciente.

4 Resultados

El traslado del paciente se puede realizar de diferentes maneras según la movilidad del paciente.

1. Traslado del paciente en silla de ruedas:

La silla de ruedas es la forma más sencilla de mover al paciente de un lado a otro cuando no está lo suficientemente fuerte para caminar o no es conveniente que lo haga. Antes de comenzar a hablar del traslado vamos a ver las diferentes partes a tener en cuenta de una silla de ruedas.

- Reposa brazos: tiene dos, los cuales pueden ser desmontables por un lateral de los mismos. Suelen estar recubiertos de un material impermeable.
- Dos reposapiés: son superficies de metal planas, permitiendo colocar en posición horizontal o vertical. Cuando se coloca de manera vertical permite la entrada o salida del paciente.
- Una base y un respaldo: están recubiertos de un material impermeable para permitir su fácil limpieza. Lleva un dispositivo para que permite plegarla para su fácil traslado. Existen respaldos a los que se les puede acoplar diferentes cinturones que permiten mejorar la seguridad del paciente durante su traslado.
- Ruedas: tienen cuatro y no todas tienen el mismo tamaño. Las traseras, que son las de mayor diámetro, permiten que el paciente pueda cogerla por los aros metálicos y girar el mismo las ruedas.
- Sistemas de frenos: está ubicado en las ruedas traseras y consta de un sistema de palanca que al rozar la rueda evita que se mueva.
- Asideros están ubicados en la zona superior y posterior del respaldo, su uso es para poder empujar la silla.

Para trasladar al enfermo de la cama a la silla de ruedas se coloca la silla al lado de la cama, con el respaldo cerca de los pies de la cama. Se frena la silla para impedir que se mueva y se retiran los reposapiés para que no estorben. Se extiende una manta a lo largo de la silla y si es posible se coloca un cojín a la altura de los riñones. Si la cama se puede bajar, se baja hasta que el enfermo llegue a tocar el suelo con los pies cuando este sentado. Si la cama no se puede bajar, se pone el escabel o banquillo en la posición conveniente para que el enfermo se apoye en él. Se ayuda al enfermo a sentarse y a ponerse la bata y las zapatillas. Mantener siempre la intimidad del paciente. Ubicamos al paciente en la orilla de la cama y nos ponemos frente a él. Lo sujetamos por la cintura y le ayudamos a bajar de la cama. Lo desplazamos de manera lateral y lo sentamos en la silla. Si es preciso nos dispondremos a sujetarlo para evitar posibles caídas durante el traslado. Si necesita oxígeno es necesario preparar una bala de éste.

Como norma general trasladamos la silla empujándola desde atrás es importante sujetarla por los asideros y empujar en dirección de la marcha. Supuestos:

- Subir rampas con silla de ruedas: el paciente irá mirando hacia delante y el celador empujando la silla desde atrás.
- Bajar rampas con silla de ruedas: en este caso el celador irá en primer lugar manejando de espaldas y transportando también al paciente de espaldas. Es importante mirar hacia atrás de vez en cuando para evitar tropiezos.
- Montar en un ascensor: entrara en primer lugar el celador y tira de la silla hacia

atrás desde el interior hacia adentro.

-Salir de un ascensor: para salir se da la vuelta a la silla dentro del ascensor, se sale y se tira de ella desde fuera.

2. Traslado del paciente en camilla:

Las camillas se utilizan cuando los enfermos no son capaces de sentarse, cuando tienen grandes aparatos o yesos que son muy aparatosos y no les permite usar una silla de ruedas. Resumiendo podemos diferenciar las siguientes configuraciones básicas de las camillas:

-Camas con lecho fijo, sin articulaciones ni carro elevador.

-Camas con somier articulado. El sistema de accionamiento puede ser eléctrico o mecánico (con manivela o pedal).

-Camas con somier articulado y carro elevador de lecho

Los accesorios más comunes de las camas son:

-Ruedas

-Barandillas, un elemento de seguridad fundamental.

-Estribo, sirve de ayuda al usuario para acomodarse en la cama y puede ser un elemento de apoyo a la hora de incorporarse,

-Porta cuña, soporte para bolsas urinarias, soporte de sueros, etc.

Normalmente se suele trasladar al enfermo en la propia cama pero en ocasiones es preciso trasladarlo a una camilla, la forma correcta de hacerlo dependerá de la movilidad del paciente.

-Cuando el paciente puede colaborar: lo primero sería ponerle los frenos a la cama, se retira la lencería a los pies en acordeón y se cubre al enfermo con una sábana o una manta. Se coloca la camilla al lado de la cama. Se frena la camilla, y poniéndose al lado de la camilla, se sujeta la sábana o manta para que no se deslice cuando el enfermo se mueva. Una vez en la camilla se le cubre con una sábana o con una manta y se le coloca una almohada si las dolencias lo permiten.

-Cuando el paciente está incapacitado: normalmente se utilizará la técnica de arrastre bien sea con una sábana, un transfer u otra herramienta. Se coloca la camilla paralela a la cama del enfermo, coincidiendo la cabecera de la cama con la de la camilla. Serán necesarios dos celadores uno se situara al lado de la cama y otro al lado de la camilla uno frente al otro. Cogerán la sábana con fuerza y tirarán de ella colocando al paciente en la camilla. Luego se retira la sábana y se cubre al paciente con una manta o sábana, Si por su dolencia al paciente debe permanecer inmóvil se le debe de mover en bloque, entre 3 y 4 personas cogerán al paciente por las cavidades anatómicas y todos a la vez lo levantarán y con

sumo cuidado lo trasladaran a la camilla.

Para el traslado en camilla, lo primero sería informarse si se trata de un paciente conectado a algún tipo de aparataje y dependiendo de las dolencias del paciente se tomaran las medidas oportunas. Como norma general el celador se colocará detrás de la cabeza del enfermo y empujara la camilla de manera que éste vaya de cara al sentido de la marcha. Menos en los siguientes supuestos:

-Para entrar en ascensor: entra primero el celador y tira de la camilla por el área del cabecero. Y se sitúa al lado de la altura del paciente.

-Para salir en ascensor: el celador se sitúa en el cabecero de la camilla y la empuja, saliendo los pies del enfermo en primer lugar.

5 Discusión-Conclusión

Se ha visto como una práctica habitual, sobre todo en las unidades de hospitalización y urgencias, la realización de traslados intrahospitalarios, que requieren de acompañamiento por personal sanitario dado el estado del paciente. Es importante tener en consideración las particularidades y dispositivos del paciente a trasladar para planificar tanto el material para su traslado como los problemas que pueden derivar de los mismos. Esto justifica la necesidad de unificar criterios respecto a dichos traslados ya que éste supone un riesgo añadido para el paciente que es preciso contrastar con los beneficios que le pueden aportar. De vital importancia es la colaboración e información previa del paciente, así como contar con unos recursos materiales y humanos entrenados y especializados en el acompañamiento de los pacientes lo que supondría un descenso de los incidentes críticos durante el traslado.

Por tanto, el adecuado conocimiento de este protocolo por parte de todo el personal que en cualquier momento pueda realizar un traslado intrahospitalario y el seguimiento de unas normas básica de seguridad, supondrán un aumento en la calidad de asistencia al paciente y un mayor control en la prevención de accidentes que puedan suponer riesgo en él.

El conocimiento de dicho protocolo por el personal de nueva incorporación facilitará las labores de transporte intrahospitalario, reconociendo unas intervenciones básicas para realizar un traslado seguro. La presentación de dicho protocolo se llevará a cabo en la presentación del servicio en las primeras fechas de su incorporación.

La cumplimentación del registro creado permitirá conocer la actuación del personal sanitario durante el traslado intrahospitalario además de desarrollar propuestas de mejora profesional y de la calidad asistencial.

6 Bibliografía

1. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Sanidad. Protocolo de intervenciones enfermeras, Requerimientos del paciente al ingreso traslado y alta, traslado del paciente a otra unidad. Consultado el 13 de Enero.
2. Técnico en cuidados auxiliares de Enfermería, Primeros auxilios. ISBN OBRA COMPLETA 978-84-16172-33-7, DLG: C1282-2014, Impresión: Tórculo Comunicación Gráfica S.L Edición 2017.

Capítulo 55

ACCIDENTES, INCENDIOS Y EMERGENCIAS EN CENTROS SANITARIOS

MARTA ISABEL GEA RODRÍGUEZ

BALBINA ALONSO BRASA

ROSA ISABEL GONZÁLEZ MENÉNDEZ

PILAR BLANCO GARCIA

CARMEN DOLORES MARTINEZ RUA

1 Introducción

Partimos de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales que de acuerdo a su artículo 2, "tiene por objeto promover la seguridad y la salud de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo". Para ello, deben estudiarse las condiciones de trabajo ya sea en centros de salud u hospitales. Es decir, cualquier característica de dicho trabajo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador. Nos referimos entre otros a instalaciones , equipos, naturaleza y concentración de distintos agentes físicos y biológicos.

2 Objetivos

Conocer medidas preventivas básicas en materia laboral que garanticen la seguridad de los trabajadores en los centros 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: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Todo trabajador tiene derecho a la información y protección frente a los riesgos laborales. El empresario será quien deba garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo.

Lo más evidente en un centro hospitalario es el personal sanitario y el número de pacientes que atienden, ya estén hospitalizados o en consultas externas. Pero no debemos olvidarnos del trabajo realizado por el personal no sanitario como auxiliares administrativos, entre los que me encuentro.

Teniendo en cuenta las leyes que regulan las posibles emergencias en centros sanitarios, haremos una descripción general de riesgos y planes de prevención para terminar con la parte específica concerniente a un auxiliar administrativo. Los poderes públicos están obligados a garantizar el derecho a la vida y la integridad física. Para ello deben adoptar medidas destinadas a la prevención y control de riesgos en su origen, así como la actuación inicial en las situaciones de emergencia que pudieran presentarse.

La probabilidad de un daño o emergencia en el puesto de trabajo puede graduarse desde una probabilidad baja (rara vez ocurrirá) o alta (el daño ocurrirá siempre o casi siempre). Es necesario establecer métodos de control que sigan una serie de principios como:

- Combatir los riesgos en su origen.
- Adaptar el puesto de trabajo a la persona.

- Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

La protección de los trabajadores en un centro hospitalario, implica en muchos casos la protección simultánea de otras personas. Ante una emergencia, un hospital debe considerarse como no evacuable al tener ingresados a pacientes que por su estado físico, psíquico o edad tienen disminuida su capacidad de reacción. Por lo que es necesario un Plan de Autoprotección para el caso en el que se produzca un siniestro, que por sus características no pueda ser controlado de forma inmediata.

Cada centro elaborará un Plan de Actuación en Emergencias que detallará los posibles accidentes o sucesos que pudieran dar lugar a una emergencia, así como los procedimientos de actuación a aplicar en cada caso, los cuales deben garantizar: la detección y alerta; la alarma; la intervención coordinada; el refugio, evacuación y socorro; la información en emergencia a todas aquellas personas que pudieran estar expuestas al riesgo.

En el caso de incendio, y en colaboración con los organismos competentes, además debe redactarse unas normas y recomendaciones completas y realistas de carácter general y específico para la protección de centros sanitarios existentes y de nueva creación (lo que se conoce como protección pasiva). Así, todo establecimiento dispondrá de un sistema de alarma interior que permita informar rápidamente de la existencia de un incendio al centro de comunicaciones del hospital. Todas las vías de evacuación y puertas de acceso deberán señalizarse adecuadamente y permanecer despejadas de cualquier obstáculo.

La institución dispondrá, como mínimo de una dotación de extintores manuales: uno por cada 200 metros cuadrados y no menos de dos por planta. Los extintores se situarán de tal forma que la distancia a ellos desde cualquier punto no exceda de 25 metros. También organizará y se responsabilizará del mantenimiento de los sistemas mecánicos de seguridad contra incendios, tanto en sus aspectos de prevención, como de detección, extinción y evacuación. Para ello realizará un registro de revisiones realizadas.

En un hospital, se parte del principio de evacuación progresiva horizontal, aplicando mecanismos de sectorización. El traslado en vertical resulta ineficaz, ya que puede haber pacientes conectados a equipos vitales que dificultarían el movimiento. Por lo tanto, la evacuación por escaleras y ascensores debe ser el último recurso en caso de emergencia.

Tras la identificación de peligros y accidentes mediante estudios de seguridad, es necesario también la elaboración de un Plan de Autoprotección, como se ha dicho anteriormente, con la adecuada formación y entrenamiento del personal implicado. Teniendo en cuenta que en un hospital coexisten personas de características muy variadas (edad, movilidad, percepción, conocimiento, disciplina) y que pueden no están familiarizados con la localización de salidas o instalaciones de seguridad dentro del edificio.

De ocurrir una emergencia, debe tenerse en cuenta que un hospital funciona las 24 horas del día con suficiente personal para cubrir la asistencia sanitaria requerida y que participara en los distintos equipos de emergencia. En días laborales, en horario de oficinas, también se encuentra el personal de la administración, por lo que se cuenta con un mayor número de personas para colaborar en situaciones de emergencia. En el horario de consultas externas el número de personas ajenas al hospital es elevado. Las visitas a los pacientes por parte de los familiares se producen en cualquier horario, principalmente por las tardes.

Todo esto implica constituir un equipo de segunda intervención disponible de manera permanente, al igual que el responsable máximo que recae en el Director y en su ausencia en el Jefe de la Guardia.

Un auxiliar administrativo también tiene en su mano evitar accidentes en su puesto de trabajo y colaborar en cualquier emergencia que ocurra en su centro sanitario. Entre las medidas habituales a adoptar están:

- Evitar acumular materiales en rincones, debajo de estanterías, sobre la mesa de trabajo, detrás de puertas que puedan provocar accidentes o bloquear los recorridos y salidas de evacuación. Nunca obstaculizar los extintores, mangueras y elementos de lucha contra incendios con documentación, o archivadores.
- No sobrecargar enchufes. Desconectar los aparatos eléctricos que no se necesiten mantener conectados.
- Si por accidente derramamos líquido, avisar a la persona correspondiente para que se limpie y se seque el suelo inmediatamente. Y respetar la señalización de la zona donde se ha producido el derrame para evitar resbalones o caídas.
- Cerrar puertas de armarios, cajones y demás elementos que puedan provocar tropiezos, caídas o golpes.
- Archivar la documentación de forma estable y segura evitando sobrecargar las estanterías y con los objetos más pesados en las baldas inferiores. Y avisar a mantenimiento en caso de advertir algún tipo de deterioro en el mobiliario.
- En caso de emergencia debemos abandonar el centro al oír la señal de evacuación,

desconectando ordenadores o cualquier aparato eléctrico a nuestro cargo. Colaborar en todo lo que sea solicitado por el equipo de evacuación. Y una vez en el exterior, dirigirse al punto de reunión establecido y esperar a las instrucciones por parte de los equipos de emergencias.

5 Discusión-Conclusión

Es nuestra obligación tener identificadas las vías de evacuación y familiarizarnos con ellos. Estas medidas preventivas en nuestro puesto de trabajo, son lógicas y no suponen complicación alguna para su seguimiento y cumplimiento, aunque alguna vez se nos pase y vivamos en un caos permanente. Pero la seguridad es una cuestión en la que todos tenemos un papel importante y que en caso de emergencia supone un trabajo en equipo. Debemos concienciarnos de ello para minimizar lo mas posible las consecuencias negativas de cualquier peligro en el ámbito laboral.

6 Bibliografía

1. Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.
2. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
3. Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.
4. Real Decreto 286/2006, de 10 de marzo, sobre la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición al ruido.
5. Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la Norma Básica de Autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia.
6. Orden de 24 de octubre de 1979 sobre protección anti-incendios en los establecimientos sanitarios.
7. Real Decreto 2177/1996, de 4 de octubre, por el que se aprueba la Norma Básica de la edificación: Condiciones de Protección Contra Incendios en los Edificios NBE-CPI/96.
7. Manual de seguridad y salud en oficinas. Fremap. PROFESIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 61.
8. Plan de emergencias interior en oficinas “ACYC Obras y Servicios” 2015.
9. Prevención de riesgos laborales en oficinas y despachos. MC Mutual. 2008.

10. Riesgos de seguridad en oficinas y despachos en las administraciones públicas. Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Consejería de empleo y mujer. Comunidad de Madrid.
11. Prevención de riesgos en oficinas. MAZ Departamento de Prevención.

Capítulo 56

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA GESTIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN EN LOS CENTROS SANITARIOS

SUSANA PÉREZ CASTAÑO

MARILIA DE FÁTIMA MORAIS DE MELO

MARIA CARMEN PLATAS FERNANDEZ

ANA MARIA CANELO DIAZ

SUSANA TERRONES VEGA

1 Introducción

Los avances tecnológicos han sido considerables en los últimos años y eso se ve reflejado en el sector sanitario donde la gestión de pacientes y el servicio de historias clínicas y agenda de las diferentes áreas se centraliza en un sistema informático para que todo aquel que precise consultar la historia de un paciente pueda hacerlo sin esperar los plazos que antes se precisaban.

La gestión de pacientes se responsabiliza de la organización de la información relacionada con el paciente y las respectivas informaciones que este genera. Este servicio se caracteriza por ser un servicio multidisciplinar del que todo el personal que trabaja en un centro sanitario forma parte.

El servicio de admisiones es el encargado de coordinar los recursos necesarios en la atención al paciente, facilitando así las tareas asistenciales, dirigiéndose hacia la adecuada utilización de los recursos. Los datos estarán disponibles según la demanda que exista en cada momento. La organización de ingresos, traslados y altas será tarea del servicio de admisiones que tendrá que conseguir una programación y priorización adecuada a los criterios establecidos a cada centro sanitario y a cada situación.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del auxiliar administrativo en el servicio de hospitalización, cómo gestiona y organiza todos los aspectos relacionados con esta área en el centro sanitario.

3 Metodología

La metodología que se ha seguido para la realización de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica relacionada con las admisiones y la organización de los ingresos, traslados y altas que gestiona el auxiliar administrativo. 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 la realización de este trabajo se han incluido artículos, protocolos, manuales y guías fechados entre 2010 y 2019 para limitar la cantidad de información y que esta fuese lo más actualizada posible. Los términos utilizados para la búsqueda han sido: admisiones, altas hospitalarias, auxiliar administrativo y traslado de pacientes.

4 Resultados

Se encuentra que el administrativo es quien se encarga de regular y organizar los ingresos, traslados y altas en el área de hospitalización, deben de conseguir una adecuada programación de la asistencia, así como una distribución adecuada para los pacientes en las diferentes plantas, según los recursos de los que se disponga y la dolencia que presente el paciente. De este modo no cabría establecer a un paciente urológico con una parturienta salvo causa de extrema necesidad. Deben

economizar recursos por lo que los ingresos deben ser motivados y nunca más largos de lo estrictamente necesario.

Los auxiliares participan en la protocolización y en la evaluación de los servicios de hospitalización, favoreciendo el correcto funcionamiento de los registros de los pacientes en las bases de datos. Las funciones que realiza el administrativo en cuestión de hospitalización son:

- La solicitud y programación de ingresos, se encargan de saber en todo momento la demanda de camas que existe y priorizan la urgencia que tiene cada paciente de subir a plante.
- La gestión de camas que se le asigna a cada paciente y los cambios que pudieran ocasionarse, también la verificación de las actualizaciones pertinente, incluidas las altas que son parte fundamental en el recuento de camas.
- El registro de todos los casos de hospitalización, la clasificación según la financiación y toda la documentación administrativa.

Es preciso que para la realización de todas sus funciones cuenten con todos los elementos actualizados, tanto de camas como de pacientes, seguir el manual de procedimientos unificado para todos y tener control absoluto de los ficheros en los que se controla el censo de pacientes, ingresos, altas, traslados, tanto previstos como repentinos.

La documentación necesaria para gestionar un ingreso, ya sea urgente o programado debe de contabilizarse y registrarse una vez se hace efectivo al igual que con las altas ya que posibles contratiempos o cambios en el paciente pueden desencadenar un resultado diferente al previsto y conllevar una mala contabilización de las camas.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que los administrativos deben seguir un proceso unificado a la hora de contabilizar las camas y por consiguiente a las habitaciones a las que se va a derivar a los pacientes, es primordial que no haya errores en este proceso ya que la atención al paciente debe producirse en el mínimo tiempo posible y la máxima eficacia para transmitir seguridad y confianza.

La gestión de la hospitalización se lleva a cabo informáticamente y debe de coordinarse con toda la red de sistema de salud para poder gestionar los traslados automáticamente, este sistema debe de ser controlado por los administrativos

quienes han de actualizar sus conocimientos informáticos cada poco tiempo para poder dar un servicio completo y adecuado.

6 Bibliografía

1. Caetano, R. (1982). Admisiones de primer ingreso a los servicios psiquiátricos en Brasil, 1960-1974. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 92 (2), feb. 1982.
2. Ulibarri Pérez, J. I., González-Madroño, A., González Pérez, P., Fernández, G., Rodríguez Salvanés, F., & Mancha Álvarez-Estrada, A. (2002). Nuevo procedimiento para la detección precoz y control de la desnutrición hospitalaria. *Nutr Hosp*, 17(4), 179-88.
3. Roca, F. L., Pastor, A. J., Losa, C. F., Sánchez, F. J. M., Soriano, P. L., & Montes, G. S. (2014). Proyecto REGICE: registro de las unidades de corta estancia en España. Localización, aspectos estructurales y dotación de profesionales (REGICE 1). *Emergencias*, 26, 57-60.
4. Navarro, F. M. (2005). Auxiliares Administrativos de Corporaciones Locales Del País Vasco. Test. MAD-Eduforma.
5. Ríos Massabot, N. E., Viera, F., María, R., Pérez, J., & Rosa, E. (2005). Los registros médicos en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(4), 0-0.
6. Nome, I. N. S. C. R. I. Ç. ã. O. (2013). Auxiliar Administrativo.
7. Montiel, M. B. (2000). Funciones prácticas administrativas. MAD-Eduforma.
8. Quimbita Chicaiza, E. G., & Quishpe Espinoza, D. E. (2016). Conocimiento y cumplimiento del protocolo de limpieza y desinfección que realiza el personal auxiliar de enfermería y auxiliar administrativo en quirófano de Centro Obstétrico del Hospital Provincial General Docente Riobamba en el período octubre 2015-febrero 2016 (Bachelor's thesis, Quito: UCE).

Capítulo 57

EL CELADOR DE LABORATORIO

RAMÓN CASTAÑO LLERANDI

1 Introducción

El celador forma parte del personal de los servicios sanitarios cuyas funciones están reguladas por el estatuto preconstitucional de 1971, por ello era necesario actualizar y adaptar su régimen jurídico.

La actualización se realiza a través de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud constituyendo la norma básica de dicho personal, todo ello se realiza de conformidad con la Constitución Española, en su artículo 149.1.18. Aprobada la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, que regula el personal estatutario las funciones del Celador y del Jefe de Personal Subalterno siguen siendo las que refleja la orden preconstitucional del 5 de julio de 1971, en su artículo 14 (en el punto 1 las funciones del Jefe de Personal Subalterno y en el punto 2 las de los Celadores), como así lo dispone la disposición transitoria sexta de la Ley 55/2003.

2 Objetivos

Conocer y detallar las funciones del celador de laboratorio.

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

Funciones del celador:

- 8.00 Coger el busca. Recoger muestras de endoscopias y quirófano y bajarlas a anatomía patológica. Después nos instalamos en la zona de extracciones para atender las consultas de hematología y Sintrom. Allí nos encargamos de bajar las muestras de estas al laboratorio.
- Se suben los pacientes de la consulta de Hematología al Hospital de Día. Normalmente el paciente tiene un tratamiento para llevar para casa. En este caso, lo cogemos en farmacia, le ponemos una pegatina y lo dejamos en el Hospital de Día para que lo guarden en la nevera y el paciente lo pida al irse.
- Ir a farmacia cuando nos lo pidan y bajar la medicación. Se entrega a la enfermera.
- Si nos llaman para una biopsia intraoperatoria de quirófano, tiene prioridad sobre cualquier otra cosa. Las recogemos y las bajaremos a Anatomía Patológica.
- Llevar los pedidos del almacén y repartir por los distintos laboratorios (hematología, bioquímica, microbiología y anatomía patológica).
- Llevar los pedidos de farmacia al Banco de Sangre.
- Llevar partes a mantenimiento.
- Se debe realizar una fotocopia del pedido que derivamos a suministros, ya que se debe entregar una copia a la supervisora.
- Recoger muestras de neumología y otorrinolaringología, cuando contacten con nosotros.
- A las 12.30 recoger las muestras para anatomía patológica en el quirófano.
- Entre las 13.00 y las 13.15 se recogen los informes de biopsias en la secretaria de anatomía patológica y se deben clasificar de la siguiente manera:
Ginecología, Planificación Familiar y Tociología: secretaria de Ginecología.
Urología y Otorrinolaringología: secretaria correspondiente a su sección.
Traumatología: secretaria Traumatología.
Medicina Interna y Neumología: secretaria de Medicina Interna.
Cirugía y Digestivo: secretaria cirugía.
Endocrinología: consulta del médico correspondiente.
RX: secretaria de RX (indicando el medico correspondiente).
Digestivo: si son de endoscopias, se deja en endoscopias.

- Si existe algún informe de los médicos de Urgencias, se les envía por el tubo neumático a Urgencias.
- Hacia las 13.30 se recoge el instrumental para esterilizar. Empezando por urgencias, a continuación, pasar por el resto de las plantas, salvo Partos y Psiquiatría. Todo el instrumental sin esterilizar se deja en la sección de esterilización.
- Hacia las 14.00, se recogen las muestras de endoscopias para anatomía patológica.
- Hacia las 14.15, repartir el correo por los distintos laboratorios.
- Hacia las 14.30, se recogen muestras de quirófano para anatomía patológica y se lleva el instrumental de endoscopias y las lentes de otorrino a esterilización.
- Llevar facturas y otros documentos a la secretaría de dirección.
- Cuando nos informen, debemos enviar un fax al Centro Comunitario para pedir sangre.

Las funciones del celador vienen determinadas por el lugar donde efectúen su trabajo. En la sanidad pública española podemos encontrar:

- Celador de Almacén.
- Celador de Ambulatorio.
- Celador de Planta.
- Celador de Urgencias.
- Celador de Quirófano.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores cumplen una determinada función según se establezca en cada centro sanitario, pero deben estar preparados para asumir las funciones de otros puestos distintos a los habituales cuando les sean encomendados por sus superiores. Su trabajo es imprescindible para el buen funcionamiento de cada servicio. Las funciones del celador pueden ser muy diversas en cuanto a su contenido, pero a la vez muy necesarias todas ellas para el desarrollo y funcionamiento diario de un centro hospitalario.

6 Bibliografía

1. Temarios oposiciones SESPA SICEPA
2. Experiencia laboral

Capítulo 58

EL CELADOR EN URGENCIAS

RAMÓN CASTAÑO LLERANDI

1 Introducción

El celador se regirá en lo que se refiere a categoría y funciones en lo establecido en el Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden de 5 de julio de 1971, integrado en el grupo de personal subalterno en la escala general, sus funciones vienen detalladas el artículo 14, punto 2. Además, señalar que los celadores como personal estatutario de los Servicios de Salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, se les aplicará lo que disponga la Ley 55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud, que establece las bases reguladoras de la relación funcionarial especial del personal estatutario de los Servicios de Salud.

2 Objetivos

Detallar las funciones del celador en el Servicio de Urgencias tanto en hospital como en el centro de salud para conocer el trabajo que realizan los celadores, además de explicar las características del servicio, así como las formas de acceso y la estructura de ésta.

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 Servicio de Urgencias es un área que forma parte del hospital y del centro de salud, ubicado próximo a la puerta de acceso de los mismos, puede ser un anexo al hospital teniendo su propia entrada fácilmente diferenciada del resto de áreas del hospital, facilitando la llegada de pacientes que precisan atención inmediata.

Hay que diferenciar lo que es una urgencia y una emergencia a la hora de atender a las personas que acuden solicitando el servicio de asistencia médica urgente, motivada por diversas causas. Emergencia es una situación crítica que implica un riesgo vital para el paciente y requiere atención inmediata y urgencia es una situación que implica un riesgo para el paciente cuya atención no se debe demorar más de 24-48 horas.

El servicio de urgencias funciona todos los días del año las 24 horas del día en Atención Especializada y en Atención Primaria.

Además de las anteriores, serán:

- Abrir y cerrar el centro.
- Avisar a los médicos y enfermeras cuando tengan un paciente.
- Citar a los pacientes para la consulta del médico y de enfermería de urgencias.
- Atender el teléfono y tomar nota de los avisos para la atención médica domiciliaria, notificándolos al personal sanitario (médico y enfermera).

5 Discusión-Conclusión

El celador es la primera persona que recibe a los pacientes y su aptitud y predisposición es fundamental para los pacientes que acuden al servicio de urgencias. En el servicio de urgencias es muy importante el trabajo de los celadores ya que realiza funciones diversas y de apoyo al resto de personal sanitario, para así conseguir que la atención a los pacientes sea de calidad y la actividad se desarrolle en el servicio de forma adecuada.

6 Bibliografía

1. <http://www.celadoresonline.blogspot.com/> Actuación del celador en el Servicio de Urgencias.
2. <http://www.auxiliar-enfermeria.com/>
Funciones del celador en las distintas áreas o servicios, Urgencias.
3. <http://www.boe.es/>
Ley 55/2003, de 16 de diciembre, Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud.
4. <http://www.ingesa.mscbs.gob.es/>
Orden de 5 de julio de 1971, Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Capítulo 59

URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA DOLORES PASCUAL ALVAREZ

1 Introducción

En algún momento de su vida, la mayor parte de personas tendrán que solicitar ayuda sanitaria por ser testigo o sufrir una urgencia o emergencia sanitaria. Esto es más probable si se convive con niños pequeños o con personas ancianas.

Es importante reconocer la diferencia entre una urgencia y una emergencia sanitaria:

- Urgencia: es una situación que no amenaza de forma inminente la vida del enfermo, ni hace peligrar ninguna parte vital de su organismo o si lo hace es en el transcurso de varias horas.
- Emergencia: situación que hace peligrar de manera inminente la vida del enfermo por lo que debe recibir asistencia sanitaria de la forma más precoz posible.

Una joya más, dentro del Sistema Nacional de Salud, la constituyen los servicios específicos de Urgencias de Atención Primaria. Esta figura, que con diferentes nombres se está extendiendo por todas las comunidades autónomas españolas, supone toda una promesa de mejora en la calidad asistencial, de la capacidad de resolución en el primer nivel y, sobre todo, de alcanzar al fin la tan codiciada coordinación con el nivel hospitalario.

2 Objetivos

Aliviar la presión en las Urgencias hospitalarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha 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 dotación de material mínima y la medicación necesaria deben cumplir una serie de requisitos que garanticen el tratamiento inicial adecuado de la urgencia, así como la estabilización del paciente hasta su traslado al hospital. Su uso poco habitual, sobre todo de cierto material y medicación de emergencia, hace que deban designarse una o varias personas que se responsabilicen de revisar y asegurar el correcto funcionamiento del circuito.

La Organización del Servicio de Urgencias en Atención Primaria tiene como objetivo central ofrecer una atención de más calidad a los pacientes, más ágil y segura y que permita ampliar la atención domiciliaria de aquellos usuarios que la precisan. Esta reforma de la atención continuada consiste en la concentración de los Puntos de Atención Continuada de áreas urbanas (Oviedo, Gijón y Avilés) durante los fines de semana, de modo que se pueda garantizar la presencia continua de personal sanitario y no sanitario en todos los centros durante estos periodos.

Otra de las ventajas que supone la concentración de la Atención Continuada desde el punto de vista de los usuarios es el establecimiento de un triage que garantizará la atención más temprana de aquellos pacientes que presenten una atención más urgente, reduciendo por lo tanto los tiempos de espera. Esta iniciativa permitirá asimismo reforzar la atención domiciliaria, mejorar la formación de los profesionales y una mejor adecuación de los recursos y medios humanos disponibles a las necesidades asistenciales.

5 Discusión-Conclusión

Para una rápida y correcta atención sanitaria en caso de urgencia, es fundamental que el material y la medicación necesaria para llevarla a cabo se encuentre en

todo momento accesible, ordenado y revisado. Asimismo, es importante que todo el equipo de profesionales del centro esté adecuadamente instruido en su manejo.

Cabe reseñar también el hecho de que, aunque haya diferencias a la hora de dotar los distintos centros sanitarios según la población y los recursos económicos de la zona geográfica en que se encuentren, siempre habrá unos mínimos comunes en cuanto a equipamiento, organización y funcionamiento.

6 Bibliografía

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

Capítulo 60

PRIMEROS AUXILIOS EN EL ENTORNO LABORAL: ¿CÓMO ACTUAR ANTE UNA EMERGENCIA?

M.CONCEPCION CERRA

1 Introducción

Los Primeros Auxilios (actualmente denominados soporte vital) consisten en la atención inmediata adecuada y provisional que se le da a una persona herida, enferma, lesionada o accidentada en el lugar de los acontecimientos, antes de ser trasladada a un centro asistencial u hospitalario. Normalmente, consisten en los servicios prestados en el lugar del accidente sin prácticamente medios técnicos y por personal no médico.

Actuar con seguridad, conservar la tranquilidad, serenidad y rapidez en la ejecución correcta de la atención prestada, así como la actitud del auxiliador son factores fundamentales para efectuar unos Primeros Auxilios adecuados.

2 Objetivos

Objetivo principal:

-Dar a conocer la importancia de los Primeros Auxilios (proteger- alertar- socorrer) conforme a la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales y cumplir la normativa: Ley 31/1995 Prevención de Riesgos Laborales respecto a Primeros Auxilios.

Objetivos secundarios:

- Conservar la vida.
- Evitar complicaciones físicas y psicológicas.
- Ayudar a la recuperación.
- Asegurar el traslado de los accidentados a un centro asistencial.

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. Además, se ha llevado a cabo una revisión y estudio de artículos y normativa relativa al tema abordado, conforme la Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.

4 Resultados

Protocolo PAS (proteger- alertar- socorrer):

PAS son los pasos a seguir ante cualquier situación de emergencia: proteger-avisar- socorrer. Es muy importante seguir este orden de acción.

-Proteger: tanto al accidentado como a las personas que lo socorren. No hay que agravar la situación. Debe valorarse el entorno en el que se ha producido el accidente para detectar posibles riesgos.

-Avisar: una vez que la zona está segura, valoraremos si es necesaria la actuación de los equipos de emergencias como los bomberos, la policía y/o los equipos sanitarios. En caso de que los necesitemos, llamaremos al teléfono de emergencias 112 y daremos toda la información posible. Hay que facilitar toda la información que conozcamos acerca de las víctimas, tales como si tienen alguna discapacidad, son niños o ancianos, embarazadas, si tienen alguna enfermedad conocida o toman alguna medicación. Dar las características del accidente, si existe riesgo de explosión, escape de gases, etc.

-Socorrer: después de tener claro que el entorno es seguro y de haber avisado a los servicios de emergencias, si lo consideramos necesario, pasaremos a socorrer a la víctima. En los casos en que hay más de un accidentado, estableceremos una prioridad de actuaciones, atendiendo primero los que están más graves. No se debe mover a las víctimas innecesariamente ya que se pueden agravar las lesiones que tengan, se atenderán en el mismo sitio hasta la llegada de los servicios de

emergencia. Sólo se podrá mover a las víctimas si es necesario por su protección o por ser necesario para comprobar la respiración o hacer la RCP. Para evitar la pérdida de calor corporal se deberá abrigo a las víctimas. Nunca se dará de comer, de beber o medicamentos.

5 Discusión-Conclusión

Evitar, prevenir y saber actuar conforme la normativa vigente: Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, respecto a Primeros Auxilios. La actuación en los cinco primeros minutos de una situación de emergencia es fundamental. El aprendizaje de unos conocimientos y técnicas sencillas de Primeros Auxilios al alcance de todos, nos permiten en algunas situaciones el poder salvar vidas y en otras muchas disminuir las secuelas de las lesiones o saber que hemos realizado todo lo posible para que esa vida tenga sus máximas posibilidades de supervivencia.

6 Bibliografía

1. Ley 31/1995 de 8 Noviembre Prevención Riesgos Laborales. Capítulo III Artículo 20.
2. www.aecim.org/primeros-auxilios-en-el-entorno-laboral-como-actuar-ante-una-emergencia/

Capítulo 61

CUIDADOS PREVIOS AL EMBARAZO Y CUIDADOS PRENATALES

MACARENA RODRIGUEZ RICO

1 Introducción

Los cuidados previos al embarazo son los cuidados que recibe una mujer antes de quedar embarazada, mientras que los cuidados prenatales son los cuidados que recibe una mujer durante el embarazo. Las visitas prenatales regulares desde el inicio del embarazo con un proveedor de atención médica son importantes para la salud tanto de la madre como del feto. Los cuidados previos al embarazo proporcionados por la atención médica también son importantes para ayudar a las mujeres a tener un embarazo tan saludable como sea posible.

2 Objetivos

Mostrar que tener cuidados previos al embarazo es primordial para la salud del feto y el cuidado prenatal temprano y regular es lo mejor que puede hacer para mantenerse saludable, tanto la paciente como el feto en desarrollo, mientras la usuaria esta embarazada.

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

Tanto el cuidado previo al embarazo como el cuidado prenatal son imprescindibles en una mujer embarazada y en el trayecto del embarazo. Su doctor establecerá un calendario de visitas. Si es mayor de 35 años o su embarazo es de alto riesgo debido a problemas de salud como la diabetes o presión alta, su doctor o partera probablemente deseará verla más seguido. También querrá verla más seguido cuando se esté acercando su fecha de parto.

Durante los nueve meses puedes y debes cuidar tu salud, alimentación y peso, y la lactancia te ayudará a deshacerte de los kilos acumulados, lo mejor en estos casos es prevenir. La gestación es una etapa en la vida de la mujer, en la que su piel va a sufrir una modificación brusca en un periodo relativamente corto, lo que puede ser muy perjudicial para el aspecto de ésta.

Si estás planificando un embarazo no olvides preparar tu piel. También es importante mantener una alimentación equilibrada, rica en frutas y verduras, baja en grasas saturadas y abundante en nutrientes naturales es la clave para consentir a tu piel desde el interior. Además de que aportarás nutrientes esenciales a tu bebé, te ayudará controlar tu peso para no subir kilos de más y evitar que se acumulan en zonas difíciles como vientre y cadera.

Otro de los aspectos importantes a tener en cuenta es el ejercicio ya que una rutina de ejercicio te ayudará a estar en forma antes del embarazo y tonificará tu piel. Si ya practicas algo de ejercicio antes de la gestación, después te resultará mucho más sencillo. Durante el embarazo, el ginecólogo te recomendará el tipo de actividades más convenientes para ti, lo que beneficiara tu estado físico, tus músculos mantendrán el volumen adecuado y liberarás la tensión lumbar. Incluso, para muchas mujeres, ejercitarse resulta la mejor terapia para disminuir achaques. Después del parto y la lactancia, el ejercicio es una opción indispensable para recuperar tu figura, reafirmar las zonas problemáticas y reducir los kilos extra, además de ser muy importante para mantenerte saludable. Por último una vez terminada la lactancia, podrás pensar en terapias estéticas específicas para corregir la flacidez de tu piel. Existen en el mercado una gran variedad de soluciones, algunas que puedes aplicar en casa y otras que deben estar supervisadas

por un médico o especialista en tratamientos de estética.

5 Discusión-Conclusión

Estos cuidados previos al embarazo y los cuidados prenatales son de gran importancia y esenciales para elaborar un plan para su vida reproductiva, para controlar diabetes y presión alta etc y así tener un embarazo de mayor control y seguridad.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/prenatalcare.html>
2. <https://www.todopapas.com/fertilidad/salud-concebir/cuidados-previos-al-embarazo-5395>
3. <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/preconceptioncare>

Capítulo 62

BIOPSIA INTRAOPERATORIAS DE GANGLIO CENTINELA

FÁTIMA LÓPEZ JARA

1 Introducción

¿Qué son los ganglios linfáticos?

Los ganglios linfáticos son órganos pequeños y redondos que forman parte del sistema linfático del cuerpo. Se encuentran en todo el cuerpo y están conectados entre sí por los vasos linfáticos. Grupos de ganglios linfáticos se localizan en el cuello, las axilas, el pecho, el abdomen y la ingle. Un líquido claro llamado linfa fluye por los vasos linfáticos y por los ganglios linfáticos.

La linfa se origina de un líquido que se llama fluido intersticial, el cual se difunde o filtra de vasos sanguíneos pequeños llamados capilares. Este líquido contiene muchas sustancias, como plasma sanguíneo, proteínas, glucosa y oxígeno. Baña la mayoría de las células del cuerpo para suministrar el oxígeno y nutrientes que necesitan para su crecimiento y supervivencia. El fluido intersticial recoge también los desechos de las células, así como otros materiales, como bacterias y virus, para ayudar a eliminarlos de los tejidos del cuerpo. Eventualmente, el fluido intersticial se acumula en los vasos linfáticos, donde se le conoce como linfa. La linfa fluye por los vasos linfáticos del cuerpo para llegar a dos grandes conductos localizados en la base del cuello, en donde se vacía en el torrente sanguíneo.

Los ganglios linfáticos son partes importantes del sistema inmunitario del cuerpo. Contienen linfocitos B, linfocitos T y otros tipos de células de este sistema. Estas células revisan la linfa en busca de sustancias foráneas, como bacterias y virus. Si

se detecta una sustancia foránea, algunas de las células se activan, lo cual inicia una respuesta inmunitaria.

Los ganglios linfáticos son también importantes para ayudar a determinar si las células cancerosas han adquirido la capacidad para diseminarse a otras partes del cuerpo. Muchos tipos de cánceres se diseminan por medio del sistema linfático, y uno de los primeros sitios de diseminación para estos cánceres son los ganglios linfáticos cercanos.

¿Qué es un ganglio linfático centinela?

Un ganglio linfático centinela se define como el primer ganglio linfático adonde las células cancerosas tienen más probabilidad de diseminarse desde un tumor primario. A veces, puede haber más de un ganglio linfático centinela.

¿Qué es una biopsia de ganglio linfático centinela?

Una biopsia de ganglio linfático centinela (SLNB, en inglés) es un procedimiento en el que se identifica, se extirpa y se examina el ganglio linfático centinela para determinar si hay células cancerosas presentes.

Un resultado negativo de dicha biopsia sugiere que el cáncer no ha adquirido la capacidad para diseminarse a los ganglios linfáticos cercanos o a otros órganos. Por otro lado, un resultado positivo de la biopsia indica que el cáncer está presente en el ganglio linfático centinela y que podría encontrarse en otros ganglios linfáticos cercanos (llamados ganglios linfáticos regionales) y, posiblemente, en otros órganos. Esta información puede ayudar al médico a determinar el estadio del cáncer (la extensión de la enfermedad en el cuerpo) y a formular un plan adecuado de tratamiento.

2 Objetivos

Informar sobre las biopsias de ganglio linfático centinela.

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

¿Qué sucede durante una biopsia de ganglio linfático centinela?

Un cirujano inyecta una sustancia radiactiva, un tinte azul o ambos cerca del tumor para localizar la posición del ganglio linfático centinela. Luego, el cirujano usa un dispositivo que detecta radiactividad para encontrar el ganglio centinela o busca los ganglios linfáticos teñidos con el tinte azul. Una vez que se ubica el ganglio linfático centinela, el cirujano hace una pequeña incisión (cerca de media pulgada) en el tejido cutáneo que cubre el ganglio y lo extirpa.

Posteriormente, un patólogo examina el ganglio centinela en busca de células cancerosas. Si se detecta cáncer, es posible que el cirujano extirpe otros ganglios linfáticos durante la misma biopsia o en una intervención quirúrgica de seguimiento. La biopsia de ganglio linfático centinela puede hacerse como procedimiento ambulatorio o tal vez requiera una estancia corta en el hospital.

Generalmente, la biopsia de ganglio linfático centinela se lleva a cabo al mismo tiempo que se extirpa el tumor primario. Sin embargo, el procedimiento puede hacerse también antes o después de la extirpación del tumor.

¿Cuáles son los beneficios de la biopsia de ganglio linfático centinela?

Además de ayudar a los médicos a determinar el estadio del cáncer y a calcular el riesgo de que las células del tumor hayan adquirido la capacidad para diseminarse a otras partes del cuerpo, la biopsia de ganglio linfático centinela puede ayudar a algunos pacientes a evitar cirugías más extensas de los ganglios linfáticos. La extirpación de más ganglios linfáticos cercanos, con el fin de buscar células cancerosas, quizás no sea necesaria si el ganglio centinela presenta resultados negativos de cáncer. Toda cirugía de ganglios linfáticos puede causar efectos adversos, y algunos de esos efectos se pueden reducir o evitar si se extirpan menos ganglios. Los efectos adversos posibles de la cirugía de ganglios linfáticos son los siguientes:

Linfedema o hinchazón de tejidos. En una biopsia de ganglio linfático centinela o en cirugías más extensas de los ganglios linfáticos, se cortan los vasos linfáticos que llegan al ganglio centinela o salen de él o de un grupo de ganglios, por lo que se altera el flujo normal de linfa en la zona afectada. La alteración puede resultar en una acumulación anormal de linfa. Además de la hinchazón, los pacientes con

linfedema pueden sentir dolor o molestia en la zona afectada, y el tejido cutáneo que cubre esa zona puede hacerse grueso o duro. Si se hace cirugía extensa de ganglios linfáticos en la axila o en la ingle, la hinchazón puede afectar todo el brazo o toda la pierna. Además, hay un riesgo mayor de infección en la zona o extremidad afectada. Muy rara vez, el linfedema crónico que resulta de la extirpación extensa de los ganglios linfáticos puede llevar a un tipo de cáncer de vasos linfáticos llamado linfangiosarcoma.

-Seroma, o la acumulación de linfa en el sitio de la cirugía.

-Adormecimiento, hormigueo o dolor en el sitio de la cirugía.

-Dificultad para mover la parte afectada del cuerpo.

¿Hay algunos otros perjuicios asociados con la biopsia de ganglio linfático centinela?

La biopsia del ganglio linfático centinela, como otros procedimientos quirúrgicos, puede causar dolor por un tiempo, hinchazón y moretones en el sitio de la cirugía y aumentar el riesgo de infección. Además, algunos pacientes pueden presentar reacciones cutáneas o alérgicas al tinte azul usado en ese procedimiento. Otro posible perjuicio es un resultado negativo falso de la biopsia, es decir, no se ven células cancerosas en el ganglio linfático centinela aunque sí están presentes y pueden haberse diseminado ya a otros ganglios linfáticos de la región o a otras partes del cuerpo. Un resultado negativo falso da al paciente y al médico una falsa sensación de seguridad acerca de la extensión del cáncer en el cuerpo del paciente.

¿Se usa la biopsia de ganglio linfático centinela para ayudar a determinar el estadio de todo tipo de cáncer?

No. La biopsia de ganglio linfático centinela, por lo general, se usa para ayudar a determinar el estadio del cáncer de seno y del melanoma. Sin embargo, ese procedimiento se está evaluando con otros tipos de cánceres, como el cáncer colorrectal, el cáncer gástrico, el cáncer de esófago, el cáncer de cabeza y cuello, el cáncer de tiroides y el cáncer de pulmón de células no pequeñas (1).

¿Qué ha revelado la investigación acerca del uso de la biopsia de ganglio linfático centinela en el cáncer de seno?

Las células cancerosas de seno tienen más probabilidad de diseminarse primero a los ganglios linfáticos que se localizan en la axila, o en la zona de la axila, cerca del seno afectado. Sin embargo, en los cánceres de seno próximos al centro del pecho (cerca del esternón), las células cancerosas pueden diseminarse primero a los ganglios linfáticos dentro del pecho (debajo del esternón) antes de que puedan

ser detectadas en la axila.

El número de ganglios linfáticos en la axila varía de persona a persona pero usualmente es de 20 a 40. Históricamente, la extirpación de esos ganglios linfáticos (en un procedimiento llamado linfadenectomía axilar o disección de ganglios linfáticos axilares o ALND en inglés) se hizo por dos razones: para ayudar en la estadificación del cáncer de seno y para ayudar en la prevención de recurrencia o recidiva regional de la enfermedad. (La recurrencia regional del cáncer de seno ocurre cuando las células cancerosas que han emigrado a los ganglios linfáticos cercanos ocasionan un nuevo tumor).

Debido a que la extirpación simultánea de muchos ganglios linfáticos ha sido relacionada con efectos adversos, se investigó la posibilidad de que la biopsia sola del ganglio linfático centinela pueda ser suficiente para la estadificación del cáncer de seno en mujeres que no presentan signos clínicos de metástasis a los ganglios linfáticos axilares, como ganglios hinchados o "enredados" (agrupados o pegados unos a otros).

En un estudio clínico en fase III, en el cual participaron 5611 mujeres con cáncer de seno y sin señales clínicas de metástasis axilar, los investigadores del National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project, un proyecto del grupo cooperativo de estudios clínicos del Instituto Nacional del Cáncer (NCI), asignaron aleatoriamente a las participantes para que recibieran una biopsia de ganglio linfático centinela sola, o la biopsia además de una linfadenectomía axilar (2). Se hizo un seguimiento por un promedio de ocho años a las mujeres de ambos grupos que presentaron ganglios linfáticos centinelas con resultados negativos de cáncer (un total de 3989 mujeres). La mayoría de las mujeres (87,5%) se sometieron a una lumpectomía y el resto a una mastectomía. Casi 88% de las mujeres recibieron también terapia adyuvante sistémica (quimioterapia, terapia hormonal, o ambas) y 82% recibieron radioterapia de haz externo al seno afectado.

Los investigadores no encontraron diferencia entre la supervivencia general y la supervivencia libre de enfermedad entre los dos grupos de mujeres. Basándose en estos resultados, se concluyó que la linfadenectomía axilar puede no ser necesaria para mujeres que presentan ganglios linfáticos axilares clínicamente negativos y una biopsia de ganglio linfático centinela negativa, y reciben tratamiento para su cáncer de seno con cirugía, con terapia adyuvante sistémica y con radioterapia de haz externo.

Posteriormente, el American College of Surgeons Oncology Group, otro grupo

cooperativo de estudios clínicos del Instituto Nacional del Cáncer, dio a conocer los resultados de un estudio clínico en fase III adicional que examinó si las mujeres con un ganglio linfático centinela positivo, pero sin evidencia clínica de metástasis en los ganglios linfáticos axilares, podrían ser tratadas sin peligro con extirpación del tumor y sin otra cirugía de ganglios linfáticos además de la biopsia de ganglio linfático centinela (3). En este estudio, 891 mujeres fueron asignadas aleatoriamente a recibir sólo la biopsia del ganglio linfático centinela o una linfadenectomía axilar después de la biopsia de ganglio linfático centinela (3). Todas las mujeres fueron tratadas con lumpectomía. Más de 95% de las participantes recibieron también terapia adyuvante sistémica (quimioterapia, terapia hormonal, o ambas) y aproximadamente 90% recibieron radioterapia de haz externo al seno afectado.

Cuando se dieron a conocer los resultados de este estudio, ya se había hecho un seguimiento a las pacientes por una mediana de 6,3 años. Ambos grupos de mujeres presentaron una supervivencia general a cinco años similar (92,5% del grupo que solo se sometió a una biopsia de ganglio linfático centinela en comparación con 91,8% de las participantes del grupo que se hicieron la biopsia de ganglio linfático centinela más la linfadenectomía axilar) y una supervivencia a cinco años libre de enfermedad (83,9% del grupo que solo se sometió a una biopsia de ganglio linfático centinela y 82,2% de las participantes del grupo que se hicieron una biopsia de ganglio linfático centinela y una linfadenectomía). Los investigadores concluyeron que la biopsia de ganglio linfático centinela sola es segura y no afecta la supervivencia de mujeres que presentan metástasis en el ganglio linfático centinela, pero sin signos clínicos de implicación de otros ganglios linfáticos, y que reciben tratamiento con cirugía, terapia sistémica y radioterapia de haz externo para su cáncer de seno. El excelente resultado en dicho estudio clínico para mujeres tratadas con biopsia de ganglio linfático centinela sin linfadenectomía se debe posiblemente, por lo menos en parte, a la habilidad de la radioterapia local y de los tratamientos sistémicos modernos para tratar con eficacia las células del cáncer de seno que puedan haberse diseminado a otros ganglios linfáticos axilares, aparte de propagarse al ganglio centinela o a otras partes del cuerpo. ¿Qué ha revelado la investigación del uso de la biopsia del ganglio linfático centinela en el melanoma?

Los investigadores han estudiado si pacientes con melanoma cuyo ganglio linfático centinela es negativo de cáncer y que no tienen signos clínicos de implicación de otros ganglios linfáticos, pueden también evitar cirugía más extensa de los ganglios linfáticos al momento de la extirpación del tumor primario.

Un metanálisis de 71 estudios que analizó datos de 25 240 pacientes sugiere que la respuesta a esta interrogante es "sí". Este metanálisis descubrió que el riesgo de recurrencia de los ganglios linfáticos regionales en pacientes con una biopsia de ganglio linfático centinela negativa fue 5% o menos (4).

Otro interrogante planteado por los investigadores fue si la biopsia del ganglio linfático centinela más la extirpación de los ganglios linfáticos regionales que quedan (procedimiento llamado disección completa de ganglios linfáticos), cuando el ganglio linfático centinela tiene cáncer, representa un beneficio terapéutico para pacientes con melanoma, en términos de supervivencia libre de enfermedad y de supervivencia específica al melanoma (periodo de vida hasta la muerte por melanoma). Para responder a este interrogante, el Instituto Nacional del Cáncer (NCI), los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) y el Instituto Oncológico John Wayne están patrocinando un estudio clínico a gran escala en fase III llamado Multicenter Selective Lymphadenectomy Trial II, o MSLT-II. En este estudio, más de 1900 pacientes con ganglios linfáticos centinelas positivos, pero sin presentar evidencia de implicación de algún otro ganglio linfático, están siendo asignados aleatoriamente a la disección completa de ganglios linfáticos inmediata o a una ecografía rutinaria para examinar los ganglios linfáticos regionales restantes y a la disección completa de ganglios linfáticos si se presentan signos de metástasis adicional en ganglios linfáticos. Se hará un seguimiento a los pacientes de este estudio durante 10 años.

5 Discusión-Conclusión

Las biopsias intraoperatorias son aquellas realizadas durante una intervención quirúrgica con la finalidad de aproximar el diagnóstico de las lesiones y precisar su más oportuno abordaje terapéutico durante el mismo acto quirúrgico. Aunque en la Unidad su volumen no es muy elevado en comparación con los restantes estudios, la trascendencia del informe que las concluye, sus dificultades interpretativas ya que se realizan sobre cortes histológicos rápidos en tejido congelado en un instrumento de difícil manejo llamado criostato, y la importancia de la mayoría de las actuaciones quirúrgicas generadas hacen que este tipo de biopsias produzca el mayor índice de interconsultas entre los patólogos que las gestionan. Una variedad particular de biopsia intraoperatoria es la biopsia del ganglio linfático centinela, que quizás ha sido la técnica que más recientemente ha revolucionado el tratamiento quirúrgico de numerosas enfermedades.

El ganglio linfático centinela es el primer ganglio linfático al que más probable-

mente disemina un tumor primario maligno, antes incluso de afectar a otros territorios adyacentes. Por este motivo, sobre todo en el caso del cáncer de mama y el melanoma cutáneo, el ganglio centinela es extirpado y habitualmente sometido a biopsia intraoperatoria con la finalidad de determinar si contiene alguna metástasis, lo cual condiciona el tratamiento ulterior del paciente.

Para este tipo de determinaciones se emplean tanto inmunoteñidores rápidos y kits de inmunoglobulinas marcadas que pueden proporcionar resultados en 15 minutos y como el novedoso instrumento SYSMEX, RD100i basado en la tecnología OSNA (one step nucleic acid amplification) para la medición cuantitativa del mRNA de la citoqueratina 19 en los ganglios linfáticos centinela de los cánceres epiteliales.

6 Bibliografía

1. Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU.
2. Giuliano AE, Hunt KK, Ballman KV, et al. Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis: a randomized clinical trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 2011.

Capítulo 63

AYUDANTES DE SERVICIOS, PINCHES Y PERSONAL DE COCINA: RIESGOS BIOLÓGICOS EN LA COCINA

JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA

1 Introducción

Las cocinas del entorno sanitario no se limitan a la producción de alimentos para los enfermos hospitalizados. Toda esa comida que se sirve regresa para su eliminación a la zona sucia de la cocina, allí donde se procesa y se entrega al servicio destinado de recogerla y llevarla a los vertederos o zonas de eliminación de los residuos. Esa comida, los útiles que la acompañan y aquellos elementos destinados a su transporte, están expuestos a contener agentes infecciosos que pueden resultar peligrosos para los operarios de cocina.

2 Objetivos

Enumerar los riesgos biológicos que la comida contaminada en las plantas que ha estado en contacto con enfermos puede traer consigo y las medidas que pondremos para evitarlos .

3 Metodología

Se buscan documentos sobre las enfermedades infecciosas a través de buscadores médicos como Medes o Scielo, así como Google. También se repasan las funciones

de ayudantes de servicios, pinches y personal de cocina para analizar las tareas que conllevan riesgos.

4 Resultados

Los residuos generados en las plantas, que provienen de la comida que han ingerido los pacientes, regresan a la cocina, generalmente en los carros en los que fueron servidos inicialmente. Esos residuos han estado en contacto con las manos de los pacientes, con las secreciones de los mismos y durante el tiempo que han estado en la habitación inmersos en el reservorio que constituye esta para los agentes patógenos y nosocomiales presentes en los hospitales.

Esa comida ha de ser puesta a disposición de servicio de recogida de basuras tras un proceso que requiere habitualmente personal que manipule manualmente las bandejas, platos y cubiertos. Para evitar que los agentes infecciosos lleguen al operario, éstos tendrán que ir convenientemente protegido con los EPIS adecuados, que suelen ser: mandil o traje que cubra el uniforme y evite que éste entre en contacto con superficies o comida infectada, mascarilla, gorro y preferentemente, gafas de protección.

El operario deberá evitar, al vaciar boles o platos, los golpes que puedan originar salpicaduras a ellos o a sus compañeros. Esa comida puede ser reciclada mediante máquinas y un proceso químico. En ocasiones, algunos hospitales fabrican compost mediante este método. También puede ser recogida por el servicio de recogida de basuras.

No se debe obviar que, debido a errores de manipulación, despistes por parte de los enfermos o trabajadores sanitarios, no es descartable que las bandejas de comida puedan contener algún residuo biosanitario asimilable a urbano como parches o vendas, o incluso biosanitarios especiales, si bien los rigurosos controles suelen evitar la presencia de éstos.

Los agentes infecciosos pueden penetrar por la vía respiratoria, dérmica y parenteral, conjuntiva y digestiva. Algunas de las más presentes y habituales en trabajadores sanitarios y de cocinas sanitarias son la hepatitis B, la hepatitis C, la gripe, sarampión, sarna y tuberculosis. Es necesario, tras deshacerse de los equipos de protección individual, un lavado de manos concienzudo .

5 Discusión-Conclusión

El riesgo de contraer enfermedades infecciosas en cocinas hospitalarias existe, pero si usamos las protecciones adecuadas y cumplimos con los protocolos de limpieza minimizamos nuestra exposición a los mismos.

6 Bibliografía

1. n.d. Guía Para Evitar La Transmisión De Enfermedades Infecciosas Por Exposición A Agentes Biológicos.. [ebook] Available at: <<https://umivale.es>
2. n.d. Manual De Seguridad Y Salud En El Sector Hospitales. [ebook] Available at: <<https://www.ucm.es>
3. 2006. Pinche De Cocina Del Servicio De Salud De Osakidetza. [San Sebastián]: [Kloter XXI].



ciencia
sanitaria

cienciasanitaria.es